Tom. III. *Marzec 1901.* № 3.

Czasopismo Lekarskie

Ze Szpitala im. Małż. Poznańskich, w Łodzi.

Kilka słów o leczeniu owrzodzeń goleni sposobem Schleich'a.

Podał Dr. **Ant. J. Goldman**, asystent oddziału chirurgicznego.

(Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego d. 5. XII. 1900.)

Zanim przejdę do właściwego przedmiotu, chcę określić, co pod terminem „owrzodzenie" rozumieć należy.

Pod owrzodzeniem pojmujemy takie uszkodzenie całości tkanki, przy którem restitutio od integrum napotyka na przeszkody, dzięki czasowej skłonności tkanek do rozpadu. Nie znaczy to, by tu wogóle istniał brak skłonności do gojenia; nie mamy tu bowiem zgoła do czynienia z obumieraniem tkanki; środki samoobrony leczniczej organizmu znajdują tu zastosowanie szerokie

Każda powierzchnia najpiękniejszej ziarniny może przejść w owrzodzenie, jeśli zewnętrzne lub wewnętrzne przyczyny niszczą lub osłabiają skłonność odrodczą tkanek.

Do tych przyczyn zaliczyć należy cierpienia organiczne, jak kiła, gruźlica, cukrzyca, podagra, niedokrwistość, szkorbut, wycieńczenie; następnie — urazy, oparzenia, odmrożenia, obecność obcych ciał, martwiaków; dalej napotykamy owrzodzenia na tle zaburzeń krwiobiegu, a więc spowodowane przez zastój, zator, zakrzep, skurcz naczyń, ich ucisk, nakoniec — owrzodzenia na tle neuropatycznem, jak owrzodzenia przy cierpieniach mózgowia, mlecza, nerwów obwodowych.

Owrzodzenia goleni stanowią cierpienie, którego podścielisko w każdym przypadku możemy uzależnić od jednej z wyżej wymienionych przyczyn.

Punkt ciężkości patologii owrzodzeń goleni stanowi przepełnienie tkanek cieczą limfatyczną, zastój zarówno w obiegu limfy

jak i krwi. Na tę stronę cierpienia należy skierować główną uwagę, bo tędy droga do racyonalnego leczenia. Wyleczyć owrzodzenie goleni znaczy to samo, co uporać się z owym zastojem cieczy, od którego zależą: szklisty wygląd ziarniny owrzodzenia, niedostateczne nowotworzenie się naczyń, sklerotyczne zmiany w tkance łącznej, słoniowacizna. Zanim więc pomyślimy o jakiemkolwiek leczeniu samego owrzodzenia, winniśmy stworzyć — drogą odpowiednich rękoczynów — ulepszone warunki odżywiania tkanek chorej kończyny i tą właśnie sprawą dziś pozwalam sobie zająć uwagę Szanownych Panów.

Jeżeli przyjrzymy się sposobom leczenia owrzodzeń goleni, łatwo spostrzeżemy, że z owem przepełnieniem cieczą limfatyczną zawsze walczono. To miały na celu: opatrunki z plastra lepkiego, bandaże gumowe, wysokie ułożenie kończyny, bandaże trykotowe, liczne nacięcia okolicy owrzodzenia, t. zw. okrajanie (circumcisio) wrzodu, cięcia skóry w podłużnym kierunku z boku od owrzodzenia, głębokie poprzeczne i podłużne cięcia przez wszystkie chore warstwy owrzodzenia, uciskanie gąbkami, mięsienie, wycięcie żył, jak również podwiązywanie znaczniejszych z nich.

Pomijam tu zupełne usunięcie owrzodzenia z następczem zaszczepieniem zdrowych płatów skóry.

Przypatrzymy się teraz każdej z powyższych metod z osobna.

Opatrunek przy pomocy plastra lepkiego, który powinien pokrywać nie tylko sam wrzód, ale i całą goleń, częściowo tylko chroni od nadmiernego ucisku cieczy, przeszkadza odpływowi wydzieliny z owrzodzenia i działa szkodliwie na skórę, wywołując zapalne jej stany, wrzodzianki i t. d. Nie jest więc pewnym środkiem doszczętnego wyleczenia wrzodu goleni.

Bandaże gumowe w znaczniejszym stopniu przyczyniają się do uwolnienia tkanek od nadmiernego ucisku cieczy, wymagają jednak nader dokładnego zastosowania i wywołują szkodliwe zmiany w skórze—wskutek nieprzepuszczalności pokrywającego kończynę opatrunku.

Wysokie ułożenie kończyny jako środek leczniczy wymaga długotrwałego pozostawania chorego w łóżku, co z jednej strony nie zawsze jest możliwe (uniemożliwia zarobkowanie), a z drugiej strony sprowadza zaburzenia w przemianie materyi, a te wpływają ujemnie na odżywianie owrzodzenia, a więc i jego zabliźnienie.

Circumcisio, okrajanie wrzodu, stwarza wprawdzie korzystne warunki odżywiania, wyłączając owrzodzenie ze związku z otaczającemi tkankami; w ten sposób właściwa powierzchnia wrzodn

prędzej może się ściągnąć, podczas gdy pierścieniowaty brak tkanki powleka się nabłonkiem od strony brzegu zewnętrznego. Rękoczyn ten jednak może się fatalnie odbić, zdaniem Schleich'a, na ogólnym stanie chorego ze względu na skłonność żył danej okolicy do zatorów, a z drugiej strony — nie daje się zastosować w przypadkach, gdzie patologicznie zmienione zosłały i głębiej leżące naczynia, np. przy rozlanem nacieczeniu kończyny lub słoniowaciznie.

Równomierny ucisk za pomocą gąbek, któremi okładamy brzegi owrzodzenia, również nie przynosi żadnych korzyści w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z bliznowatymi brzegami.

Mięsienie nie może pochwalić się długotrwałymi wynikami.

Wycięcie lub przewiązywanie powierzchownie leżących żył nie sprowadza również, zdaniem Schleich'a trwałego *leczniczego* skutku, że już pominę niebezpieczne strony tego krwawego zabiegu. Jako środek zapobiegawczy — ma niezaprzeczoną wartość i jako taki szeroko jest stosowany w klinikach i oddziałach szpitalnych.

Dzięki Unnie posiadamy sposób walki z istniejącemi przy owrzodzeniach goleni w normalnymkrwiobiegu przeszkodami za pomocą opatrunku, który *nie wyklucza ruchu kończyny*, a tem samem *nie wpływa na zajęcia chorego*. Opatrunek Unn'y z t. zw. kleju cynkowego (Zinkleim — mięszanina żelatyny, gliceryny i tlenku cynku)[1] zastosowujemy w ten sposób, że wzmiankowaną masę nakładamy gorącą na wymytą i wygoloną kończynę, poczem lege artis obwijamy tę ostatnią muślinowemi (organtynowemi) opaskami krochmalnemi, zmaczanemi w gorącej wodzie; w ten sposób otrzymujemy otoczkę, ściśle zastosowaną do kończyny, klej szybko twardnieje, a sam opatrunek jest lekki i trwały.

Schleich, śladem Unny, stosuje opatrunek bandażowy, pokrywając uprzednio goleń warstwą ciasta własnego pomysłu. Rolę żelatyny z ciasta Unny zastępuje—pepton w połączeniu z gumą arabską według niżej przytoczonego przepisu:

Peptoni sicci
Amyli
Zinci oxyd. subt. pulveris. aa. 15,0
Gummi arab. 30,0
Aq. dest. sterilisit. q. s. ut fiat pasta cui adde
Lysoli
Ol. melissae ostind. aa gtt III

---

[1]) P.: S. Sterling. Leczenie wrzodów goleni ambulatoryjne. Medycyna. 1894.

W przeciwstawieniu do środka Unny, ciasto Schleich'a jest stosowane bez wszelkiego ogrzewania, nie drażni skóry pomimo długotrwałego zastosowania nawet w tym nieznacznym stopniu, jak to czyni ciasto Unny przy dłuższem użyciu; zależy to prawdopodobnie od obojętności krochmalu i peptonu, wchodzących w skład nowego ciasta. Najwrażliwsze części ciała, jak powieka, napletek, wargi, a nawet błony śluzowe, nie ulegają żadnemu podrażnieniu przez środek Schleich'a czego niepodobna powiedzieć o cieście Unny. Ciasto peptonowe nie pęka tak łatwo, jak klej Unny i elastycznie uciska kończynę. Kwas zawarty w środku Unny nie może być obojętny dla skóry, gdy tymczasem ciasto Schleicha można bezkarnie stosować na miejscach, zajętych przez sprawy zapalne. Klejowy opatrunek Unny schodzi ze skóry trudno i boleśnie, (szczególnie z miejsc pokrytych włosami; dlatego kończynę uprzednio golimy) — opatrunek zaś Schleich'a nawet po kilkunastu dniach daje się łatwo usunąć, ewentualnie za pomocą wody. Nakoniec — do własności dodatnich środka Schleich'a należy zaliczyć i to, że wówczas, gdy klejowy opatrunek Unny upośledza działalność skóry, podobnie jak gumowy bandaż, — ciasto Schleich'a wchłania w siebie wydzielinę skóry, co przy leczeniu owrzodzeń goleni stanowi nader ważny czynnik. Ze względu na trudność usuwania opatrunku Unny nie jesteśmy w stanie zmieniać go tak często, jak to możemy czynić przy zastosowauiu ciasta Schleich'a.

Środek Schleich'a stosujemy w sposób następujący: Jeśli skóra otaczająca owrzodzenie nie uległa zbyt silnie wyrażonym zmianom patologicznym, jak stan zapalny, pryszczyca — pokrywamy całą kończynę, poczynając od podstawy palców aż do zgięcia kolanowego, dość grubą warstwą ciasta (za pomocą pędzla lub szpadla), pozostawiając niepokrytem samo owrzodzenie; brzegi jego pokrywamy również warstwą ciasta, lecz już znacznie cieńszą, niż resztę kończyny. Następnie opatrujemy owrzodzenie zwykłym sposobem, zależnie od stanu jego, i pokrywamy kilkoma warstwami wyjałowionej gazy, poczem bandażujemy, bez waty, miękkim muślinowym bandażem, poczynając od palców; w ten sam sposób nakładamy drugi, trzeci bandaż, a na to jeden lub dwa krochmalone.

Przytem, co najważniejsza, *wymagamy od chorych, aby chodzili*, gdyż, zdaniem Schleich'a, przepływ fizyologicznych cieczy (limfy i krwi) po usunięciu przeszkody w krążeniu stanowi zbawienny czynnik dla sprawy gojenia. Opatrunek początkowo zmieniamy co 3—4 dni; wydzielina stopniowo się zmniejsza, staje się gęstą, ropną, naloty włóknikowe nikną, brzegi owrzodzenia stają się

cieńszymi, a powierzchnia pokrywa się zdrową ziarniną. Stopniowo możemy opatrunek pozostawiać coraz dłużej, kierując się wielkością próżni jaka — dzięki ciągłemu i równomiernemu uciskowi — wytwarza się pomiędzy kończyną i opatrunkiem. W prawdziwy podziw zostajemy wprawieni, widząc, jak przy takiem leczeniu najwięcej nieforemnie, prawie słoniowato, zniekształcona kończyna po kilku opatrunkach przyjmuje postać normalną. W przeciągu 3—4 tygodni owrzodzenie zyskuje znacznie na skłonności do gojenia się i w krótkim czasie, zależnym w każdym poszczególnym przypadku od rodzaju owrzodzenia, pokrywa się trwałą blizną. Początkowo przy owrzodzeniach goleni bez ogólnego zastoju płynu limfatycznego w kończynie Schleich ograniczał się na pokryciu warstwą ciasta brzegów owrzodzenia — ciasto schnąc chroniło owrzodzenie od nadmiernej ilości dopływającej cieczy; następnie jednak i przy tych postaciach owrzodzenia zaczął stosować i dotychczas stosuje całkowity opatrunek.

Dobroczynny wpływ uciskającego opatrunku Schleich'a, podobnie jak i Unny, objaśnić można w ten sposób, że równocześnie z uwolnieniem tkanek od skutków nadmiernego ciśnienia krwi w żyłach i od t. zw. „plazmatycznego" obrzęku—polepszają się warunki krążenia krwi tętniczej; najmniejsze przeszkody spotyka tętnicza krew na dnie owrzodzenia, gdy wszystkie inne części wskutek ucisku są pozbawione normalnej ilości tętniczej krwi i wskutek tego na dnie owrzodzenia znajdujemy najodpowiedniejsze warunki zabliźnienia.

Bóle zwykle się zmniejszają, a niekiedy zupełnie ustępują nazajutrz lub nieco później po nałożeniu pierwszego opatrunku; z czasem ustępuje też uczucie ciężkości kończyny, które dokucza chorym w pierwszym okresie leczenia.

Obecność żylaków bez owrzodzeń goleni uprawnia nas w zupełności do stosowania omawianych opatrunków, przyczem skutki leczenia są tu nadzwyczaj dobre. Inteligentni chorzy po pewnym czasie sami nakładają sobie takie opatrunki zamiast gumowych bandaży lub pończoch gumowych. W razie zapalnego stanu żylaków usuwamy przedewszystkiem niemiłe to powikłanie za pomocą odpowiednich okładów i ułożenia kończyny, a następnie przechodzimy do właściwego leczenia sposobem Schleich'a.

Stosując omawiane opatrunki, Schleich ucieka się do przeszczepienia skóry rzadko i tylko w przypadkach nader rozległego i otaczającego całą kończynę owrzodzenia; t. zw. okrajania brzegów owrzodzenia (circumcisio) od kilku lat zupełnie nie

wykonywa. W przypadkach, gdzie sposób Schleich'a nie odnosi żadnego skutku, mamy z pewnością do czynienia ze specyficznem owrzodzeniem i przechodzimy wtedy do leczenia ogólnego.

Schleich w przeciągu ostatnich 6 lat nie miał ani jednego przypadku owrzodzenia goleni, w którym nie udało by mu się dopiąć celu t. j. wygojenia, stosując w poważnej ilości przypadków tylko swój sposób leczenia. Zachęcony tymi wynikami, które w części osobiście sprawdziłem, zająłem się omawianą sprawą.

W przeciągu ostatnich 4 miesięcy w praktyce szpitalnej i prywatnej obserwowałem 28 chorych z owrzodzeniami goleni na tle żylaków (16 kobiet, 12 mężczyzn), 2 chorych z cierpieniem dolnych kończyn polegającem na obrzęku po dłuższem chodzeniu i bólach. Stosowałem w tych wypadkach opatrunki uciskowe według Schleich'a;samo zaś owrzodzenie leczyłem tak, jak to czyniłem przed tem. Doświadczenie jakie wyniosłem przemawia bez kwestyi za sposobem Schleich'a. Chorzy, którzy nie byli w stanie pracować z powodu silnych bólów (w praktyce szpitalnej i fabrycznej miałem przeważnie do czynienia z klasą wyrobników i robotników) po kilku opatrunkach odzyskiwali „jakby nowe nogi". Owrzodzenie dawało im się coraz mniej we znaki — powoli i stopniowo dążąc do zabliźnienia się. 10 chorych mam teraz uleczonych zupełnie — noszą oni dotychczas opatrunki, które im zmieniam raz na 2—3 tygodnie; pracują oni bez przerwy.

Na zakończenie słów kilka o leczeniu samego owrzodzenia, co w odczycie tym zupełnie pominąłem, chcąc poświęcić go głównie stosowaniu opatrunków uciskowych. Schleich stosuje wyłącznie Glutol i Pulvis Serosus aa part. aeq.; z powodów technicznych mięszaninę tę otrzymałem dopiero w ubiegłym tygodniu; rezultatami zastosowania nie omieszkam się z Szan. kolegami podzielić. Dotychczas stosowałem zwykłe środki i tylko dorywczo Glutol.

Przypadek Choreae senilis

podał **Adam Jarosiński** lekarz szpitala Ś-go Pawła w Sterdyni.

Pierwszy Huntigton w 1872 r. zakomunikował, że w Long Islandzie spostrzegał rodziny, w których pląsawica przechodzi dziedzicznie z pokolenia na pokolenie, a rozwija się pomiędzy 30 i 40 rokiem życia. Cierpienie to zaczęto opisywać jako Chorea senilis,

v. Chorea haereditaria tarda Huntigton'i. Osobliwości tej postaci pląsawicy w porównaniu ze zwykłą są:

1⁰ przechodzi w niektórych rodzinach dziedzicznie w czystej formie, bez domieszki innych nerwowych cierpień;

2⁰ rozwija się pomiędzy 30 i 40 rokiem życia;

3⁰ od początku jest cierpieniem przewlekłem i po wielu latach istnienia komplikuje się większemi lub mniejszemi zaburzeniami w sferze umysłowej i

4⁰ trwa do śmierci.

Etyologia cierpienia jest dotychczas nieznana.

Chorea senilis jest cierpieniem rzadkiem.

W dostępnej mi literaturze lekarskiej polskiej spotkałem raz tylko opis tego cierpienia[1]), a w mojej 14-o letniej praktyce jest spostrzeżeniem jedynem. Mając na uwadze powyższe względy, ośmielam się podać następujące spostrzeżenie:

We wsi włościańskiej Stelągi pod Sterdynią jest rodzeństwo (brat i siostra), które zwraca na siebie uwagę odmiennym od zwykłego chodem oraz ciągłymi kurczowymi ruchami rąk, nóg, mimiką twarzy i t. d.

J. Sk. i M. Ł., oboje słabej inteligencyi; faktów odnoszących się do początku swego cierpienia dokładnie nie pamiętają. Dane anamnestyczne zebrałem od męża Ł., oraz od sąsiadów.

J. jest pierwszem, a M. drugiem z trojga dzieci nieżyjących swych rodziców.

Ojciec zmarł w wieku podeszłym, a matka mając, lat 40; oboje cierpień nerwowych nie przebywali i zmarli wskutek ostrych chorób. Rodzona siostra matki, Fr. P., zmarła przed 9-iu laty, w 70 roku życia, i według słów doskonale pamiętających ją sąsiadów przeszło lat 20 miała takież podrzucanie ramionami, poruszanie rękami i krzywienie twarzy, a na kilka lat przed śmiercią utraciła pamięć i władze umysłowe. Ciż sąsiedzi w dalszym ciągu podali, że słyszeli od swych ojców, jakoby i prababka chorych przez wiele lat miała takież cierpienie, które stopniowo przeszło w obłęd i zakończyło się śmiercią w wieku podeszłym.

---

[1]) E. Biernacki. Pląsawica dziedziczna przewlekła. Kronika lekarska. 1890.

J. Sk., lat 65, wdowiec, posiadający 7-ro dzieci, z których najstarsże ma 35, a najmłodsze 12 lat. Chorób przebytych w wieku dziecięcym nie pamięta, przymiotu i stawowego reumatyzmu nie przebywał.

Obecne cierpienie rozpoczęło się mniej więcej przed 20-u laty i objawiało się mimowolnymi ruchami w twarzy i rękach. Stan chorego powoli, lecz stopniowo się pogarsza.

Stan obecny. Budowy prawidłowej, odżywiania miernego. Mało intelligentny, podczas rozmowy bez powodu często się śmieje; wiele i chętnie mówi, przy czem mowa skandowana. Ciągłe mimiczne ruchy w twarzy — marszczenie czoła, ściąganie brwi, wykrzywianie się. Głowa kurczowo przechyla się na lewo lub na prawo, naprzód lub wtył. Ręce w ciągłych ruchach (pronatio et supinatio), wzruszanie ramionami to jednem, to drugiem, naprzemian. Duży i wskazujący palce u rąk wykonywają przeważnie ruchy obrotowe. Gdy stoi boso — palce stopy niemal rytmicznie unoszą się ku górze. Tułów wykonywa ruchy przeważnie naprzód i wtył. Podczas chodzenia wyrzuca nieco prawą nogą, chodzić może wiele. Podczas snu skurcze ustają. Odruchy ścięgniste nieco wzmożone, punktów bolesnych brak. Serce, płuca oraz inne organy wewnętrzne nie przedstawiają nic osobliwego. Sk. jest pracowitym i wiele jeszcze robót w polu i przy domu jest w możności wykonywać, jakkolwiek twierdzi, że z roku na rok z większą trudnością mu to przychodzi.

M. Ł., lat 63, zamężna, w dzieciństwie przebywała odrę i szkarlatynę z następnem zapaleniem nerek. Miesiączkowanie rozpoczęło się w 17 roku życia, było zawsze prawidłowe i trwało do 48-go roku. Wyszła za mąż mając lat 22.

W 23-im roku życia urodziła chłopczyka (zmarł mając lat 4)
„ 26 „ „ „ córkę (żyje i jest zdrową)
„ 29 „ „ „ chłopczyka (zmarł wskutek szkarlatyny, mając lat 4)
„ 32 „ „ poroniła w 4-ym miesiącu
„ 35 „ „ urodziła chłopczyka (żyje dotychczas)
„ 38 „ „ poroniła w 5-ym miesiącu
„ 41 „ „ urodziła chłopczyka (żyje dotychczas)
„ 42 „ „ „ córkę (zmarła po 8-iu miesiącach)
„ 44 „ „ poroniła w 5-ym miesiącu.

Przed 9-iu laty wrzód w gardle. Reumatyzmu nie przebywała, bicia serca nie miewała. Obecna choroba rozpoczęła się przed 20-u przeszło laty i zaczęła się objawiać mimowelnymi ruchami w rękaah i pewną niezręcznością w palcach; wkrótce wystąpiły skurcze w twarzy i nieprawidłowy chód. Stan chorej stopniowo się pogarsza, przyczem intelligencya i pamięć słabną.

Stan obecny. Prawidłowej budowy i miernego odżywiania. Skóra blada, cienka, mięśnie wiotkie. Przerostu lub zaniku oddzielnych grup mięśni nie widać. Narządy wewnętrzne nie przedstąwiają nic osobliwego. Chora dość dużo mówi, giestykulując, mowa prawidłowa. Pamięć i intelligencya słabe. Ani chwili nie pozostaje w spokoju bez względu na to, czy stoi, siedzi lub leży. Niepokój ten objawia się w często powtarzających się skurczach oddzielnych mięśni lub ich grupp. Chora marszczy czoło, zamyka i otwiera oczy, ściąga brwi, wykrzywia twarz, porusza językiem,— mimowolne te ruchy nadają rozmaity wyraz obliczu. Głowa przechyla się w różnych naprzemian kierunkach; barki się unoszą i opadają; ręce w ciągłych poruszeniach (przeważnie supinatio et pronatio); dłonie się roztwierają lub zamykają naprzemian; kolana się uginają, palce stóp, przeważnie duże, unoszą się ku górze. Tułów wykonywa ruchy ku przodowi lub wtył, na lewo lub prawo, jak również ruchy obrotowe naokoło osi pionowej. W prawej połowie ciała skurcze są widoczniejsze i częstsze. Wszystkie te ruchy są krótkie, spazmatyczne — zupełnie podobne do skurczów mięśni przy otwieraniu i zamykaniu prądu elektrycznego. Przy zwracaniu uwagi na chorą skurcze nie powiększają się, a nawet chora może zapanować nad sobą i wykonać niejako akt woli, wstrzymując do pewnego stopnia ruchy np. ręki, języka lub palca. Przy chodzeniu wyrzuca nieco prawą nogą. Podczas snu skurcze ustają.

Czucie skórne wszędzie zachowane i jest prawidłowe, odruchy ścięgniste nieco wzmożone. Drżenia w palcach rąk i głowy nie zauważono, jak również drżenia oddzielnych włókien mięśniowych. Punktów bolesnych nie znaleziono. Przy staniu z zamkniętemi oczami nie chwieje się. Żrenice zachowują się prawidłowo; siła wzroku, słuch, smak i powonienie nic osobliwego nie przedstawiają. Przed paru jeszcze laty chora mogła nieco pracować, dziś zaś o sobie mówi, że i kartofla obrać nie potrafi, gdyż stała się niezręczną.

Na zakończenie niniejszego spostrzeżenia załączam tablicę genealogiczną opisanego rodzeństwa.

Prababka
(**Chorea senilis** trwa przeszło 20 lat; śmierć w 70 r. życia przy objawach dementiae senilis).

|

Babka
(dożyła starości, cierpień nerwowych nie przebywała)

|

Ciotka (nie żyje, wiadom. brak).	—	Matka (zmarła, mając lat 40, cierpień nerwowych nie przebywała)	—	**Ciotka F. P.** **Chorea senilis** trwa przeszło 20 lat i kończy się śmiercią w 70 roku życia przy objawach dementiae. Pozostawiła 5-ro zdrowych dzieci)
		|		
J. S. (**Chorea senilis**)	—	**M. Ł.** (**Chorea senilis**)	—	Franciszek Skoromucha (wiadomości brak)

Spostrzeżenia z praktyki.

Prosty zabieg leczniczy przy otruciu tlenkiem węgla.

Podał Dr. **Fr. Grodecki** (z Pren).

Niedawno wypadło mi ratować na wsi 3 dorosłe kobiety i 10 letnią dziewczynkę, które w łaźni uległy zatruciu tlenkiem węgla; u jednej zwłaszcza z kobiet, osoby małokrwistej i słabej, objawy zatrucia były tak silne, że przez pewien czas wątpiłem, czy w ogóle ratunek zda się na co, oddech bowiem stał się nader powierzchowny i częsty do (80 r. na minutę), tętno zaś było ledwo wyczuwalne, twarz mocno czerwona; nieprzzytomność. Kiedy zastosowanie zalecanych zwykle środków nie doprowadziło do żadnej poprawy, poleciłem zmoczyć kilka prześcieradeł i wystawić je na mróz, aż dobrze przemarzną; poczem głowy chorych otoczyłem — na kształt budy—zmarzniętymi prześcieradłami. Już po kilkudziesięciu szybkich wdechach ozonu, który, jak wiadomo, wytwarza się przy zamarzaniu wody, zauważyłem zmianę w oddechu: pogłębił się oraz zwolniał. Zamieniając, w miarę tajania prześcieradeł, nowemi, przemarzniętemi — po upływie 15 minut

otrzymałem ten wynik, że chora zaczęła oddychać normalnie, tętno stało się pełnem, czerwoność twarzy znikła; zaś po 25 minutach ustąpił zupełnie ból głowy; jednem słowem, chora zupełnie przyszła do siebie. Trzy inne, u których objawy zatrucia były mniej ciężkie, również pod wpływem wdychań ozonu doznały zupełnego polepszenia, tak dalece, że w godzinę po wypadku pani domu siedzała przy stole.

Oczywiście, stosowany przezemnie sposób możliwy jest tylko podczas zimy[1]), ze względu jednak na swą prostotę powinien by znaleźć w odpowiednich wypadkach jaknajszersze zastosowanie, tem więcej, że jest zupełnie racyonalny.

Z oddziału dla chorych piersiowych

przy szpitalu im. Małż. Poznańskich w Łodzi.

Sprawozdanie za r. 1899 i 1900.

Podał Dr. **Seweryn Sterling.**

Do oddziałów specyalnych przy szpitalach są przyjmowani w różnych krajach gruźliczy w różnych okresach choroby. W Niemczech takie oddziały przyjmują chorych, którzy się już nie kwalifikują do sanatoryów ludowych, ale jeszcze przedstawiają pewną nadzieję poprawy, t. j. nie mogą być jeszcze uważani za kandydatów do przytułków, które są przeznaczone dla chorych beznadziejnych. Natomiast np. we Francyi, gdzie niema dotąd sanatoryów ludowych, oddziały szpitalne starają się grać tę rolę, jaką w Niemczech grają, a z czasem wszędzie będą grały, sanatorya, t. j. przyjmują chorych w pierwszych okresach choroby.

Oddział szpitalny założony w r. 1899-ym przy szpitalu im. Małż. Poznańskich przeznaczony jest dla tej kategoryi chorych, która kwalifikuje się do sanatoryów; w braku tych ostatnich niezmierny pożytek przynieść mogą takie oddziały racyonalnie urządzone w tych szpitalach, które odpowiadają zasadniczym wymaganiom szpitalnictwa.

---

[1]) I podczas wiatru, gdyż i powiew ostry wiatru ozonizuje mokrą bieliznę. (P. „Czasopismo“ Tom I. Zeszyt 2. Str. 33.) *R.*

Jak się to ze sprawozdania okaże, do mego oddziału byli przyjmowani suchotnicy we wszystkich okresach choroby — wbrew zasadniczeniu celowi oddziału — a to z wielu względów, z których najważniejsze są:

ogół nie tylko publiczności, ale nawet lekarzy, nie chciał uznać tego specyalnego przeznaczenia oddziału dla piersiowych i nasyła ordynatorowi przypadki daleko i bardzo daleko posuniętych suchot;

oddział jest utrzymywany z datków dobrowolnych kółka filantropów, którzy wywierali nacisk na ordynatora, popierając kandydatów — bez względu na ich kwalifikacye czysto lekarskie; szczególnie zaraz po otwarciu, kiedy w oddziele były wszystkie miejsca wolne, „zaprotegowano" przypadki nadające się li tylko do przytułku;

sami chorzy, rekrutujący się — rzecz prosta — z warstw ubogich, nie mogą iść do szpitala dopóty, dopóki ich choroba z nóg nie zetnie, bo pracować muszą na utrzymanie. Dla tego wogóle najchętniej zgłaszano się z dziećmi, t. j. z chorymi niemającymi jeszcze obowiązków; natomiast mężczyzni okazywali chęć wstąpienia wtedy, kiedy już zupełnie pracować nie mogli, a więc — zazwyczaj — w daleko posuniętym okresie choroby.

Powyższe racye niech mię usprawiedliwią w obec słusznego zarzutu, żem często przyjmował na oddział chorych niewłaściwych.

Sprawozdanie zawierające kolejne zestawienie historyi chorób wszystkich chorych zbyt wiele by miejsca w piśmie zajęło; ogłoszę je po zebraniu znaczniejszego materyału.

Jeśli dziś, po 20 miesiącach istnienia tego malutkiego oddziału, już zdaję sprawę z jego działalności, to czynię to j e d y n i e jako odpowiedź na zapytanie bardzo wielu kolegów, którzy się losem tego oddziału interesują.

Opis urządzenia oddziału pomijam, ponieważ był podany w „Czasopiśmie" za rok 1899 (str. 168).

L e c z e n i e w czasie sprawozdawczym polegało na:

1. Nauczaniu chorych życia w warunkach hygienicznych.
2. Uregulowaniu ich odżywiania.
3. Trzymaniu ich na świeżem powietrzu.
5. Zwalczaniu pojedyńczych objawów.

Nauczanie życia w warunkach hygienicznych polegało przedewszystkiem na wdrażaniu choremu zamiłowania do czystości. Więc kąpiel raz na tydzień, mycie się mydłem pod dozorem służącego, mycie rąk i czyszczenie paznogci zarówno rano, jak i przed każdem jedzeniem, mycie jamy ustnej dwa razy dziennie (szczoteczką), nauka ubierania się stosownie do stanu pogody i przepisów hygieny, dbałość o ochędóstwo odzieży i bielizny, umiejętne obchodzenie się z plwociną, umiejętne obchodzenie się z pokarmami (ochrona od zanieczyszczenia, nie jeść rękami).

Jakość i ilość pożywienia, jakie chory otrzymuje w tym oddziele, podano w „Czasopiśmie" za r. 1899; dodam, że chorych uczy się jeść wolno, dobrze gryźć każdy kęs, mleko pić małymi łykami.

W obszernych, sztucznie przewietrzanych, salach oddziału, dających na chorego 75 metrów sześciennych powietrza, są przez cały dzień okna otwarte. W nocy w ciągu całego roku, wyjąwszy noce bardzo mroźne, otwarte są specyalne wentylatory wprawione w oberlichty.

Dzień spędzają chorzy w leżalniach. W porze ciepłej od wczesnego ranka do zmierzchu; podczas mrozów: od 10 do $12^1/_2$ przed obiadem i od $1^1/_2$ do $3^1/_2$ po południu. Naturalnie, pierwszej zimy, nawet jesieni, nie obeszło się bez walki z chorymi, którzy nie mogli pojąć, jak można „leżeć" na mrozie. Z czasem przekonano się o możliwości i pożytku, jaki z tych leżalni płynie, i dziś zarówno mężczyzni, jak i kobiety, a nawet dzieci, za karę sobie uważają, gdy któremu zakażę zejścia do leżalni. Zimową porą chorzy otrzymują w leżalni: baszłyk, rękawice, trzewiki sukienne na filcowej podszewce i dwie derki, z których jedna na podszewce flanelowej zaopatrzona jest w rodzaj worka na nogi. Służący otula szczelnie w tę derkę każdego chorego.

Każdy chory raz na tydzień dostaje ciepłą kąpiel. Rano i wieczór skórę jego wycierają: w pierwszym czasie pobytu — suchą flanelą, potem — spirytusem z solą, wreszcie — wodą zimną[1]).

Tutaj wspomnę o przyrządzie gimnastycznym (Whitely), jaki jest w każdej sali. Na tym przyrządzie chorzy uprawiają przeważnie gimnastykę klatki piersiowej.

Ruchu używają chorzy zarówno spacerując po ogrodzie, jak też gimnastykując się, lub chodząc po wielkich salach oddziału.

Dwu chorych zabawiało się rysunkami, kilkunastu korzystało ze specyalnej biblioteczki oddziału; jeden (jedna) z chorych miewa sobie polecone dbanie o kwiaty, które stale zdobią nasze sale.

Ze środków farmaceutycznych systematycznie stosowane były preparaty kreozotu. Mianowicie, bądź kreozot bukowy w tranie, bądź węglan gwajakolu. Przez pewien czas czyniłem próby z kreozalbiną kolegi Karwackiego, ale nie jest ona łatwiej znoszona, aniżeli kreozot, a jest o wiele droższa. Może w sanatoryach obywają się bez tych środków; ja nie miałem prawa wyrzec się ich, ponieważ nie dawałem mym chorym tak doskonałej kuracyi fizykalnej.

Kaszel zwalczałem morfiną, kodeiną i heroiną. O tej ostatniej nie mogę powiedzieć, by w czemkolwiek lepszą była od poprzednich. Jedynie dla tego, że chętnie urozmaicam narkotyki, kiedy je dłużej podawać wypada — używam i nadal heroiny.

---

[1]) Natrysków, które mamy w szpitalu, nie stosowałem, ponieważ — jak to się dalej okaże — mój materyał na to nie pozwalał: wszyscy chorzy albo byli skłonni do krwotoków, albo byli niedokrwiści, albo mieli akcyę serca wzmożoną i t. p.

U kilku chorych cięższych stosowałem metodę zastrzykiwania kamfory podskórnie — bez wszelkich wyników dodatnich.

Przeciw potom nocnym ani razu leku nie potrzebowałem zapisać. Bywali chorzy, którzy w domu miewali zlewne poty, a już pierwszej nocy na oddziele przepędzonej — potów nie mieli. Inni je tracili po kilku dniach — dzięki przebywaniu na powietrzu i wspomnianemu pielęgnowaniu skóry. Od czasu do czasu ten i ów chory spocił się w nocy, ale w tym razie żadnych środków swoistych nie stosowałem.

Środków przeciwgorączkowych też prawie nie przepisywałem. Jedynie absolutny spokój, pozostawanie w łóżku przy otwartych oknach, obniżało ciepłotę przynajmniej do 37,2—37,8. Tych wahań podgorączkowych o wiele trudniej się chory pozbywał, aniżeli większych poruszeń.

Napojów wyskokowych moi chorzy nie dostawali. Wielu chorych piło wody muryatyczne (Soden, Wiesbaden); wielu stale zażywało żelazo i arszenik.

U wielu chorych stosowano wziewania przy pomocy aparatu Siegla i flaszki Siemona; w tej ostatniej stosowałem mięszaninę ol. terpentynowego i eukaliptusowego.

Chorzy więcej wrażliwi na powietrze chłodne i mgliste używali w leżalni specyalnych respiratorów Hebroka, w postaci małej płytki, zakładanej między wargi i przednią powierzchnię zębów (zewnątrz niewidocznej).

W ciągu czasu sprawozdawczego wypisało się z oddziału 33 chorych. Z tej liczby przy ocenie wyników leczenia w rachubę nie wchodzi 3, którzy się wypisali lub zostali wypisani wkrótce po przybyciu.

Co się tyczy w i e k u tych 33 chorych, to do lat 20 było 19, od 20—40 r. życia było 12, starszych niż lat 40 było 2 chorych.

Co do p ł c i, mieliśmy 19 m. i 14 k.

Co do z a w o d u, to było służących 5, tkaczy 5, uczniów 5, przy rodzinie 5, przekupni 5, oficyalistów 3, krawców 2, szwaczka 1, szczotkarz 1, stelmach 1.

S t a n o g ó l n y chorych przy wstąpieniu był: w 16 przypadkach znaczne wyniszczenie, w 3 przypadkach stan zły, w 14 przypadkach stan niezły.

Z tych 33 chorych u 15 jawne cierpienie płuc trwało dłużej niż lat dwa.

C h o r o b y p o p r z e d z a j ą c e wystąpienie cierpienia swoistego: Pleuritis 1, Pneumonia 4 razy, Morbilli 4 razy, Variola 3 razy, Typhus abd. 3 razy.

O b c i ą ż e n i e d z i e d z i c z n e stwierdzono w 17 przypadkach.

W 7 przypadkach wątpliwych co do rozpoznania stosowałem tuberkulinę w celach rozpoznawczych, we wszystkich z wynikiem dodatnim.

Stopień zmian w płucach, przy wstąpieniu, oceniony podług skali Liebermeistra[1]), tak się przedstawiał:

w okresie I chorych 11
" " II " 15
" " III " 7.

Powikłania gruźlicą innych narządów mieliśmy w 6 przypadkach, mianowicie: 4 Pleuritis, 1 Adenitis, 1 Fissura ani.

Z innych powikłań zanotować wypada: 1 Vitium cordis 2 przypadki neurastenii i 8 przypadków histeryi.

Krwotoki przed przybyciem do szpitala miało 21 chorych.

Kaszel, w chwili wstąpienia, z obfitą wydzieliną notowano w 16 przypadkach, z wydzieliną skąpą — w 15 przypadkach; w 2 przypadkach wcale kaszlu nie było.

Gorączkę w chwili wstąpienia do oddziału miało

po nad 38,5 (F) chorych 5,
" " 37,0 (f) " 14,
bez gorączki było " 14.

Poty przed przybyciem do oddziału miało chorych 27.

Liczba oddechów w chwili wstąpienia do oddziału

przenosiła 24 na 1 m. u 20 chorych,
była mniej niż 24 na 1 m. u 13 chorych.

Tętno w okresie bezgorączkowym było

nie wyżej 100 u 11 chorych
wyżej 100 (aż do 160) u 22 chorych.

12 chorych leżało już przedtem w szpitalu na sali ogólnej z rozpoznaniem Phtisis pulmonum.

Przeciętny czas pobytu w oddziele wynosił: 105 dni.

Wyniki leczenia.

Kaszel zmniejszył się lub ustał w 22 (na 30) przypadkach.

F. ustąpiła w 4 (na 5) przypadkach; f. ustąpiła we wszystkich 14 przypadkach.

Poty ustąpiły we wszystkich przypadkach bez wyjątku.

Liczba uderzeń tętna w 1 przypadku znacznie wzrosła, w 2 przypadkach pozostała bez zmiany, w innych zmniejszyła się o 8 do 20 uderzeń na minutę.

Waga w jednym przypadku spadła (o 1,4 kilo). Najmniejszy przyrost wagi wyniósł 0,4 kilo, największy 9,5 kilo. Wszyscy (30) chorzy przybrali na wadze 126,55 kilogramów.

Wyniki leczenia pod względem poprawy stanu ogólnego wykazują: 29 polepszeń (na 30).

Stan miejscowy płuc wykazał wyraźną poprawę w 25 (na 30) przypadkach.

Powróciło do pracy bezpośrednio po wyjściu z oddziału 19 (na 27[2]) chorych.

---

[1]) I. Phtisis incipiens. II. Phtisis confirmata. III. Phititis consummata.
[2]) Tu trzeba odliczyć trzech chorych bez zajęcia (przy rodzicach).

Jeśli wziąć w rachubę tych 23 chorych, którzy mieli w płucach zmiany I i II stopnia, a przebyli przeciętnie w oddziele po 98 dni, natenczas okaże się, że dla tych chorych wyniki leczenia brzmią: 23 polepszenia stanu ogólnego; 23 polepszenia stanu miejscowego i 19 powrotów do pracy.

Reasumując ten krótki przegląd wyników leczenia u chorych wypisanych z oddziału do dnia 31/XII. 1900, dochodzę do wniosku, że oddział szpitalny, o którym mowa, spełnił swe zadanie nadspodziewanie pomyślnie — względem chorych, u których wolno było spodziewać się poprawy.

Dla tego gorąco zachęcam kolegów szpitalnych, którym warunki na to pozwalają, do zakładania podobnych „sanatoryów szpitalnych“.

Niezależnie od korzyści bezpośrednich śmiem upatrywać w istnieniu danego oddziału i korzyści pośrednie:

1. Szerokie warstwy ogółu, widząc chorych leżących, bez względu na pogodę, na powietrzu, pozbywają się tej przesadnej każdego zimnego powiewu bojaźni, która stanowi największego wroga czystości powietrza naszych mieszkań, rzadko i tak trwożliwie przewietrzanych.

2. Wielu pacyentom prywatnym pokazuję mój oddział jako wzór tego, co obecnie w lecznictwie uważane jest za czynnik najpotężniejszy: dużo powietrza, dużo światła, czystość pedantyczna, hygieniczne żywienie.

3. Przekonałem się wielokrotnie, że szerokie koła miejscowej ludności żydowskiej wiedzą o przepisach tyczących obchodzenia się z plwociną w mym oddziele szpitalnym i że wystarczy powołać się na te przepisy, by chory prywatny do nich się zastosował, o co bywa trudno tam, gdzie po raz pierwszy podobny przepis obija się o uszy chorego (plującego albo na podłogę, albo na rękę, którą wyciera o odzież, o pościel, o ścianę, o krawędź łóżka!).

4. Chorzy wypisani z tego oddziału niewątpliwie są apostołami pewnego komfortu hygienicznego wśród swego otoczenia.

5. Poprawa, jaką otoczenie widzi u chorych swego oddziału, wzbudza zaufanie do tej metody leczniczej, z czego korzystać można przy agitacyi na rzecz sanatoryów.

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 16 Stycznia 1901.

1) Kol. Birencweig przedstawił chorego 23 letniego, którego na poprzedniem posiedzeniu demonstrował jako dotkniętego owrzodzeniem przymiotowem wargi górnej, w odległości 1 cm. od spoidła warg lewego, a u którego wystąpiły objawy ogólne w postaci drobnoplamistej różyczki, co stwierdza pierwotne rozpoznanie.

2) Kol. Krusche przedstawił chorego, który z powodu t. zw. empyema totale był operowany sposobem Schedego; wycięto prawie całkowicie 9 żeber (2—10). Płuco w znacznym stopniu odzyskało swą sprawność.

3) Kol. M. Cohn przedstawił 60 letnią kobietę, której z powodu raka wargi dolnej z dobrym wynikiem wyciął schorzałą część wraz ze zwyrodniałymi podżuchwowymi gruczołami i ślinianką.

4) Tenże — 74 letniego mężczyznę, króremu z powodu raka policzka lewego usunięto prawie cały policzek i kąt jamy ustnej—operacya plastyczna (płat wzięty z szyi); rychłozrost, duży defekt jednak pozostał.

5) Na propozycję Kol. Prezesa obecni uczcili przez powstanie pamięć zmarłego czynnego członka Tow., D-ra M. Berensteina.

6) Kol. Margulies, wspomniawszy o zasługach, położonych przez D-ra Berensteina w Łodzi, podał wniosek, aby zebrać fundusz celem wydania pracy z dziedziny hygieny społecznej. Obecni postanowili, aby Zarząd tę sprawę rozważył.

7) Kol. Grosglik miał odczyt: „Przypadek długiego wylęgania się syfilisu“.

W dyskusyi wzięli udział: Kol. Koliński, M. Cohn, Sonnenberg, Birencweig i Rundo.

8) Kol. Tumpowski miał odczyt „O badaniu bakteryologicznem mięsa ze sklepów i jatek łódzkich (Drukowane w Czas. Lek. T. III № 2).

Posiedzenie z d. 6 Lutego 1901.

1) Kol. ~~Ks.~~ Jasiński przedstawił chorą, operowaną przezeń we Wrześniu r. z. z powodu tyłozgięcia nieruchomego macicy. Do znieczulenia użyto z początku 0,01 kokainy w 2% roztworze, wstrzykniętej do kanału mózgo-rdzeniowego — znie-

czulenia jednak nie otrzymano z powodu zamałej ilości kokainy, lub też może z tego powodu, że chora zdradzała objawy histeryi (stigmata hysterica); poczem zachloroformowano chorą. Cięcie nadłonowe poprzeczne (Küstnera) przeprowadzono przez skórę, a następnie podłużne przez powięź, mięśnie i otrzewnę. Oddzielone zostały zrosty na tylnej powierzchni macicy, następnie prawy jajnik ze zrostów uwolniono; z powodu torbielowatego zwyrodnienia wykonano ignipuncturam żegadłem Paquelina. W taki sam sposób ze zrostów bardzo mocnych uwolniono lewy jajnik, który z powodu torbielowatego zwyrodnienia również przypalono. W końcu zrobiono skrócenie więzów okrągłych sposobem Stankiewicza, t. j. z więzów okrągłych utworzono z jednej i drugiej strony pętlicę długości około 8 ctm. Zaszyto jamę brzuszną 2-piętrowym szwem (otrzewnę, następnie 2-gi szew powięzi i mięśni razem), a na skórę zamiast szwu założono blaszki Michela. Gojenie bez gorączki, pod górnym płatem skóry utworzył się wkrótce wysięk i ropień, który się otworzył przez szew skóry nazewnątrz, wskutek czego ropnia gojenie przedłużyło się do 4-ch tygodni. Cięcie Küstnera, jak widać z 2-ch przypadków szpitalnych, przy których otrzymano wysięk i ropienie, utrudnia aseptykę i sprzyja tworzeniu się wysięków pod górnym płatem skóry, gdzie—przy oddzielaniu wysoko skóry od powięźi dla przeprowadzenia dostatecznego podłużnego cięcia — tworzy się wolna przestrzeń (kieszeń), na której dnie znajduje się szew powięźi i mięśni; w tej to wolnej przestrzeni powstają łatwo wylewy krwi i wysięki, które mogą dać następcze ropienie. Skrócenie więzów okrągłych drogą brzuszną wybrano w tym przypadku z powodu wązkości pochwy u kobiety, która nie rodziła. (Autoreferat.)

W dyskusji wzięli udział kol.: Pański, Krusche i Saks.

2) Kol. Pański przedstawia kobietę, u której rozpoznanie waha się między *polineuritis a poliomyelitis anterior subacuta adultorum*. Pacyentka 20 letnia, od 5 lat zajmuję się krawieczyzną, od roku chora. Cierpienie rozpoczęło się bólami w stawach dłoni i palców, oraz bólem głowy i zębów. Przeważnie dotknięta jest prawa kończyna górna, a mianowicie mięśnie wyprostne palców i dłoni, jakoteż mięśnie glistowate i międzykostne; m. wywrotny drugi prawidłowy. Palce są zgięte i nie mogą być wyprostowane. Chora nie może rozstawić palców, prawą reką ściska słabiej, niż lewą W porażonych mięśniach odczyn zwyrodnienia. Brak zaburzeń czuciowych. Wierzchołki kości zgrubiałe. Bólów obecnie niema. Żrenice nierówne (prawa węższa), oddziaływają na światło (objawy takie przy zatruciu ołowiem nie są rzadkością). Odruchy kolanowe nie są wzmożone. Jak widzimy, dotknięte są mięśnie, zaopatrywane przez nerwy: promieniowy, łokciowy i środramieniowy. Obraz powyżej opisany w zupełności przypomina porażenie nerwów, zależne od zatrucia ołowiem lub wyskokiem, ale wywiady wykazały, że chora nie miała do czynienia z ołowiem, ani używała napojów wyskokowych.

3) Tenże przedstawił 7 letniego chłopca, dotkniętego padaczką, zaburzeniem mowy (anarthria), niedowładem lewej połowy ciała—wskutek przymiotu dziedzicznego.

(Autoreferat.)

4) Kol. Krusche przedstawił pacyenta, u którego wykonał odmienną od zwykłej plastykę ścięgna. Chory przepiłował sobie ścięgno m. wyprostnego trzeciego palca lewej ręki. Wskutek zapalenia tkanki łącznej podskórnej do zeszycia ścięgna przystąpiono dopiero po 2 miesiącach. Obu części ścięgna nie można było więcej zbliżyć, jak na 3 cm. Rozpoczęto plastykę zwykłym sposobem. Na przestrzeni 4 cm. oddzielono połowę części środkowej, pozostawiając ją tuż przy wolnym końcu, na przestrzeni 1/2 cm., w związku z całością. Oddzieloną część ścięgna obrócono o 180 cm. i ośrodkowy jej koniec zeszyto z obwodowym. W tej fazie operacyi wskutek nagłego poruszenia ręki pacyenta oderwały się od reszty obie części ośrodkowego końca ścięgna. Tym sposobem mieliśmy część ścięgna zupełnie wyrwaną ze związku z resztą ścięgna. Na zasadzie badań Glucka, który z dodatnim rezultatem przeszczepiał części ścięgna, zeszyto rozerwane części ośrodkowego końca ścięgna, a nad niemi skórę. Zagojenie przez rychłozrost. Rezultat dodatni, gdyż ruch wyprostny palca normalny.

(Autoreferat).

5) Kol. Rundo: Influenza czy Sepis (przypadek kazuistyczny). Osobnik lat 51, dotąd zdrowy, zapadł w początkch listopada 1900 r. przy objawach choroby gorączkowej. Ciepłota 40°. Tętno=100, poty. Bóle w krzyżu i kończynach, 11—15/XI stan bezgorączkowy. Występuje Chorioiri docyclitis suppurativa sin. Silne bóle mięśni brzucha. Pleuro-pneumonia dextra (trwała 2 tygodnie). 15/XI. Silne bóle w mięśniach lewego ramienia i bark. (po 3 dniach ustąpiły). 30/XI. ból w lewej pachwinie i udzie. 4/XII: Hydrarthron sinistr. Trombophlebitis femoris. Wysięk stawu okazał się jałowym. Ropień gałki ocznej. Odleżyny. Około 15/XII znaczne pogorszenie działalności serca. W początkach stycznia r. b. śpiączka. 10 Stycznia — mors.

Uderza w tym przypadku: brak bolesności pomimo poważne sprawy chorobowe w oku, opłucni, kolanie. Wahania ciepłoty, która kilkakrotnie spadała do normy, w pierwszym miesiącu trzymała się w granicach 37,5—38,5; a w drugim 38,5—40,0.

R. uważa ten przypadek za influenzę powikłaną zakażeniem septycznem, co uzasadnia przytoczeniem obszernej w tej kwestyi literatury.

W dyskusji wzięli udział kol.: Silberstrom, Pański i Gutentag.

6) Kol. Sonnenberg przeczytał regulamin, wypracowany przez komisyę ogłoszeniową. Obecni postanowili zaprosić wszystkich lekarzy, zamieszkałych w Łodzi, celem powzięcia uchwały w danej kwestyi.

7) Kol. Ksawery Jasiński wspomniał o książkach, ofiarowywanych przez Warsz. Tow. Lek. Dla wybrania książek zaproszono Członków Komitetu Bibliotecznego (M. Cohn, Pinkus, Sterling) i Kol. Goldmana, Gutentaga, Kaufmana, Kolińskiego, Marguliesa, Pańskiego, Przedborskiego.

8) Kol. Goldman pokazał fotografię Roentgenowską, zdjętą przy zwichnieniu stawu stępu śródstopowego lewego.

REFERATY.

Ferd. Bähr. **Nieszczęśliwe zdarzenia a padaczka.** Nader skromna literatura padaczki urazowej obejmuje prawie wyłącznie te przypadki, w których cierpienie powstało wskutek obrażeń głowy; kwestya dotycząca padaczki odruchowej, t. j. powstałej wskutek obrażeń obwodowych; dotąd leży odłogiem; nie od rzeczy przeto będzie przytoczyć w krótkości 3 spostrzegane przez B. przypadki, w których związek między urazem a rozwojem padaczki nasuwa się sam przez się.

W przypadku pierwszym 36 letni, dziedzicznie nie obarczony i dotąd zdrowy, robotnik wskutek uderzenia przer rurę kanalizacyjną uległ zwichnięciu prawego ramienia oraz złamaniu prawego obojczyka i 6 górnych żeber. Wypadek miał miejsce 29. VIII 94; pomimo zgojenia się złamań, chory, będący wówczas w zakładzie autora, 2. IV. 95 uskarżał się jeszcze na dotkliwy ból w całej prawej połowie klatki piersiowej, badanie zaś wykryło nieżyt wierzchołka prawego płuca, który ustąpił b. powoli; podczas przebywania chorego pod obserwacyą B. kilkakrotnie występowały napady, którym towarzyszyły, brak oddechu, uczucie strachu oraz ból promieniujący od piersi do głowy. W marcu 96 roku stan płuc uległ nowemu pogorszeniu, jednocześnie zaś wystąpiły następujące objawy: zapominanie się, zawroty głowy, wreszcie zaburzenia świadomości, 8 zaś kwietnia wyraźny napad padaczkowy. Napady te w dalszym ciągu powtarzały się aż do sierpnia i ustąpiły dopiero po rezekcyi 3 i 4 żeber w miejscu zrośnięcia się odłamków.

Przypadek drugi dotyczy 44 letniego, zupełnie zdrowego i dziedzicznie nie obarczonego, robotnika, który wskutek urazu elektrycznego spadł z wysokości 6 metrów, po czem jakoby wywystąpiła chwilowa utrata przytomności; innych objawów mózgowych w chwili samego wypadku nie było. W szpitalu, według opowiadania chorego, miały dwukrotnie zajść napady „kurczu

w piersiach", w czasie których nie mógł mówić. Badanie wykonane przez B. w 4 tygodnie po wypadku wykazało co następuje: chory chodzi powoli na dwóch kulach, siedzieć może nie inaczej jak przy pomocy materaca; skarży się na ból w plecach, miednicy oraz prawem kolanie, które musi bandażować, w przeciwnym bowiem razie przy chodzeniu oraz staniu nie posiada w nim żadnej siły. Dolne kręgi lędźwiowe nieco ku tyłowi wystające są czułe na dotyk. Badanie miednicy dowodzi niezbicie, że z prawej strony zaszło złamanie kości miednicy; zmian w kolanie ani też objawów nerwowych nie znaleziono wykryto jedynie nieco słabszy rozwój mięśni wyprostnych. 28. V. 900 chory uskarża się na szczególne bóle w dolnym odcinku miednicy, promieniujące ku piersiom; objawom tym towarzyszy często ból głowy. We dwa miesiące potem wystąpiły wyraźne napady padaczkowe.

W przypadku trzecim 43-letni dziedziaznie nie obarczony i dotąd zdrowy robotnik, spadłszy z wysokości 4—5 metrów, uległ podwójnemu złamaniu lewego uda i lewej kości piętowej, wskutek czego 11 tygodni przeleżał w szpitalu; po powrocie do domu w 4 miesiące po wypadku chory nagle dostał napadu drgawek z dłużej trwającą utratą przytomności. Zdaniem ordynującego lekarza napad zależał od przekrwienia mózgu. Badany w dniu 6. VI, 900 t. j. w 1/2 roku po wypadku chory skarży się na zawroty głowy oraz napady omdlenia, wreszcie ból w lewej nodze po krótkiem nawet chodzeniu, zależny od widocznych zmian tak w uległych złamaniu kościach jak i w mięśniach; pozatem opowiada jeszcze, jakoby codzień wieczorem przed zaśnięciem widywał barwne obrazy; innych objawów nerwowych brak.

Podczas przebywania chorego pod obserwacyą, 20. VII 900 nagle podczas śniadania nastąpił napad drgawek z zupełną stratą przytomności; powoli drgawki ustały, świadomość atoli wróciła dopiero po niejakim czasie. Następnych dni chory się uskarżał na ból i zawrót głowy, które to objawy miały się wahać zależnie od zmian pogody, zwłaszcza zaś temperatury. Od owego czasu chory przyjmuje bromek potasu; napady już się nie powtórzyły.

Czwarty przypadek opisany przez B. zasługuje na uwagę z tego względu, że chory w celu otrzymania całkowitej renty usiłował istniejącą uprzednio padaczkę uzależnić od nieszczęśliwego wypadku; istotę rzeczy wyjaśniło dopiero kilkakrotne nader troskliwe badanie okoliczności towarzyszących wypadkowi, które wykazało, że padaczka była nie następstwem, lecz przyczyną nieszczęśliwego wypadku.

Zastanawiając się nad powyższemi danemi kazuistycznemi widzimy: 1) że właściwie tylko w pierwszych dwóch przypadkach rozpoznanie padaczki nie ulega żadnej wątpliwości; w przypadku trzecim istota cierpienia jest ciemna; 2) przeciąg czasu między urazem a pierwszym napadem epilepsyi może być niekiedy b. długi, gdyż aż 20 miesięcy trwający; podczas tej pauzy zachodzić jednak mogą napady zwiastunowe, ujawniające się w postaci zaburzeń

w sferze ruchowej, czuciowej oraz duchowej; jest to, właściwie mówiąc, aura epileptica.

Ponieważ niekiedy zdarzyć się może, że pierwszy napad wyraźny jest przyczyną—nie zaś następstwem nieszczęśliwego wypadku, zachodzi pytanie, jak w danym razie musi się zachować ekspert? Otóż najczęściej bodaj wypadnie i tu epilepsyę uzależnić od nieszczęśliwego wypadku, rzadko bowiem tylko badanie okoliczności towarzyszących samemu wypadkowi usunąć może wszelkie wątpliwości; jeszcze trudniej zdobyć zupełnie pewne dane, dotyczące przeszłości poszkodowanego; wreszcie, o ile rzecz dotyczy padaczki odruchowej, nigdy nie powinniśmy zapominać, że dawny (uleczony) epileptyk wskutek urazu może nanowo uledz chorobie.

Leczenie padaczki urazowej jest niezmiernie trudne; popierwsze dla tego, że stosunkowo późno dowiadujemy się o wystąpieniu choroby, powtóre zaś dla tego, że chorzy bardzo niechętnie zgadzają się na zabiegi chirurgiczne, mające na celu usunięcie przyczyny wywołującej na drodze odruchowej napad.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1900 № 10.

Fr. Grodecki.

M. Edel. **Nieszczęśliwe zdarzenie przy pracy i cierpienie naczyń.** (Pęknięcie przyrządu do stężania amoniaku. Późnejszy udar ze zniedołężnieniem umysłu. Śmierć wskutek niedomogi serca.) W lipcu r. 1891 pękł w browarze przyrząd do stężania amoniaku; maszynista C. R., lat 55, który był obecny przy tem zdarzeniu, został znaleziony w stanie nieprzytomnym z powikłanem złamaniem lewego uda i oparzeniem obu oczu, ust i twarzy. Prawe oko oślepło zupełnie, w lewem wzrok uległ osłabieniu skutkiem zmętnienia rogówki w obrębie źrenicy. Od tego czasu R. stał się zupełnie niezdolnym do pracy i uskarżał się stale na bóle głowy i uczucie zmęczenia. Złamanie uleczono ze skróceniem kończyny. Stowarzyszenie zawodowe było sądownie zmuszone do płacenia całkowitej dożywotniej renty. W orzczeniu z r. 1893, stwierdzającem zupełną niezdolność do pracy, zwrócono uwagę na krótki oddech, (jako skutek wpływu gazu amoniakalnego), na lekkie stwardnienie tętnic i nieznaczną rozedmę płuc. W marcu 1893 r. R. dostał udaru mózgowego; po 2 dniach powrót do dawnego stanu. Od tego czasu żona zauważyła zmianę w mowie i zanik pamięci, stopniowo wzrastający; jednocześnie R. stał się porywczym i łatwo wpadał w gniew. W kwietniu r. 1899 tętnice były wyraźnie sklerotyczne, tętno miarowe i bardzo napięte, nogi i lewa ręka opuchnięte. Lekarz stwierdził silny zanik pamięci i inteligencyi, upośledzone pojęcie moralności i silną pobudliwość. Chory cierpiał przytem na bezsenność i miał obłęd prześladowczy. W maju r. 1899 był umieszczony w zakładzie dla umysłowo chorych, w którym dostał silnej biegunki, nie ustępującej żadnym lekom i po 5-iu tygodniach zmarł przy objawach niedomogi serca. Sekcya wykazała dyfteryt jelit grubych z nieznacznymi wylewami i licz-

nymi brakami błony śluzowej; inne narządy nie były badane z przyczyn od autora niezależnych.

Wdowa zażądała renty na zasadzie orzeczenia d-ra H., którego zdaniem wdychanie gazu amoniakalnego w połączeniu z wstrząsem nerwów i zupełną ślepotą stanowiło okoliczność sprzyjającą wczesnemu wystąpieniu starczych zmian (rozedma i skleroza;) wstrząs przedewszystkiem, jak zwykle, odbił się na nerwach naczynioruchowych, czego wyrazem był udar mózgowy, który w następstwie wyłołał zniedołężnienie umysłu. Stowarzyszenie zawodowe opierało się na tem, że śmierć nastąpiła z niedomogi serca, wywołanej przez uporczywą biegunkę i powstałej na tle zwapnienia naczyń, które istniało już długi czas przed tem zdarzeniem (zwapnienie było stwierdzone w świadectwie wydanem zaraz po zdarzeniu), przyjęcie więc zdarzenia jako causa efficiens jest wykluczone; natomiast obfite używanie wyskoku stanowiło okoliczność sprzyjającą; wobec tego śmierć R. nie ma żadnego związku ze zdarzeniem w browarze. W końcu listopada r. 1899 stowarzyszenie zawodowe zażądało orzeczenia ze strony leczniczego zakładu, w którym się zmarły ostatnio znajdował. Według tęgo orzeczenia chory zmarł wyłacznie skutkiem niedomogi serca, stwierdzonej jeszcze przed zjawieniem się owej uporczywej biegunki, a zależnej głównie od zmian w naczyniach. Pozostaje więc do rozwiązania kwestya, czy ta zmiana naczyń, która przez wywołanie zaburzeń w odżywianiu mózgowia przyczyniła się także do zniedołężnienia umysłu, ma związek ze zdarzeniem w browarze.

Przed tem zdarzeniem stan zdrowia R. był zupełnie zadawalniający, skleroza niewątpliwie istniała, lecz w tym wieku jest ona zjawiskiem zwykłem, tem bardzizj, u osób dużo pijących, i nie przeszkadza w dożyciu do późnej starości. Zdarzenie w browarze znacznie posunęło naprzód cierpienie naczyń; wstrząs mózgu zapewne spowodował drobne wylewy i zmiażdżenia istoty mózgowej, które na razie nie wywołały objawów ruchowych lub czuciowych; wdychanie amoniaku ujemnie się odbiło na stanie naczyń i zdolności odżywczej krwi. Na zasadzie danych powyższych można twierdzić z całą stanowczością, że niezdolność do pracy powstała dzięki wypadkowi, który znacznie zmniejszył odporność ustroju, wywołał przedwczesną starość i przyśpieszył krytyczne rozwiązanie; przypadkowe zjawienie się biegunki nie ma tu znaczenia, gdyż i bez niej chory byłby wkrótce umarł wskutek tejże niedomogi serca. Nie ulega wątpliwości, że ujemne wpływy psychiczne sprzyjają rozwojowi sklerozy. Huchard zwraca uwagę na wzmożenie ciśnienia tętniczego przez wpływy psychiczne, i w tem znaczeniu należy w naszym przypadku przyjąć wpływ wstrząsu (shok) wzruszenia moralne były tu wywołane: przez zmienione warunki życiowe, przez świadomość swojej choroby i osobistej bezradności, przez długotrwałą niepewność o otrzymanie renty, jedynego środka utrzymania.

Co się tyczy wpływu amoniaku, to doświadczenia wykazały, że amoniak, zastrzyknięty do krwi, podnosi ciśnienie, a zatem pośrednio także sprzyja rozwojowi sklerozy.

Wreszcie, przypomnieć należy mechanizm powstawania po urazach sklerozy naczyń mózgowych, podany przez Freunda i Sacnsa, i jego znaczenie dla genezy udaru. Uraz osłabia unerwienie naczyn mózgowych, które ulegają przekrwieniu i wywołują bóle i zawroty głowy; częste przekrwienia tamują odżywianie się ścianek naczyń, zmniejszają ich odporność; skutkiem czego rozwija się skleroza; przy sklerozie znów mamy przyplywy krwi do mózgu; w ten sposób tworzy się circulns vitiosus, który przy nadużywaniu wyskoku coraz się powiększa i wreszcie staje się odpowiedniem podłożem do wystąpienia udaru. Prócz tego, udar mózgowy może powstać skutkiem urazu nawet przy naczyniach normalnych. Przez wzmożenie ciśnienia ścianka naczyń mózgo wych ulega z lekka naderwaniu, tworzą się t. zw. tętniaki prosówkowate (an. miliaria), które później wywołują krwawienia. Czas, oddzielający chwilę urazu od wylewu do mózgu, może byé rozmaity, tak np. w jednym przypadkn u Wernickiego $^3/_4$ roku, w naszym — $1^1/_2$.

Sprawa wdowy R. została rozstrzygnięta w duchu dla niej przychylnym, w myśl orzeczenia autora.

Aertztl. Sachweständie Ztg. 1900 Nr. 8.

Z. Prechner.

Dr. Görtz. **Czy utrata palucha może spowodować trwałe zmniejszenie się zdolności zarobkowej?** Okaleczenie jako też utrata pojedyńczych, a nawet wszystkich, palców u nogi stanowi dosyć częste następstwo wypadków nieszczęśliwych; pod względem zaś odszkodowania kwestya stoi tak, że tylko utrata wszystkich palców daje prawo na otrzymanie 10% renty, podczas gdy utrata jednego lub dwóch obok siebie leżących palców powoduje małą, niedającą się obliczyć, szkodliwość ze względu na zdolność zarobkową. Nieco odmiennie rzecz się ma względem utraty palucha, gdy bowiem jedni w kalectwie tem widzą trwałe zmniejszenie się zdolności zarobkowej, drudzy stanowczo zaprzeczają temu i mają racyę zupełną, albowiem, jak wiadomo, stopa przy chodzeniu opiera się na następujących trzech punktach: 1) guzie piętowym, 2) przednim końcu kości śródstopowej pierwszej, oraz otaczającej ją kości członkowej palucha i 3) guziku kości śródstopowej piątej. Dopóki trzy te punkty są całe, czynność stopy nie może doznawać, jeżeli już nie żadnych, to przynajmniej ważniejszych, zaburzeń. Co się tyczy palców, to, zdaniem Hyrtl'a, przy staniu nie mają one żadnego znaczenia, przy chodzeniu zaś odegrywują rolę sprężyn bujających, tylko więc utrata wszystkich palców może wywrzeć pewien ujemny wpływ na funkcye stopy, utrata zaś jednego lub dwu żadnego zgoła znaczenia nie posiada. Niema przeto najmniejszej zasady czynić wyjątek względem palucha, którego bynajmniej nie można przyrównywać do wielkiego palca u ręki, jak tego pragną laicy; jedyny wyjątek stanowią baletnice, które po długich mozołach dochodzą nareszcie do tej doskonałości, że mogą balansować na paluchu, zresztą nie na samym jego końcu, lecz na

przedniej części pierwszego członka. Zwykli śmiertelnicy natomiast nigdy nie potrzebują się nim posługiwać; niema przeto żadnej racyi przyznawać się do jakiegokolwiek odszkodowania w odpowiednich wypadkach. Praktyka w zupełności potwierdza ten wniosek teoretyczny, ilekroć bowiem sprawa dochodziła do sądu, zawsze autor potrafił przekonać poszkodowanego, że pretensye oraz skargi jego nie mają podstawy i to do tego stopnia, że poszkodowany, który wchodził utykając na nogę, wychodził pewnym, elastycznym krokiem. Najlepiej bodaj przekonywa o tem następujące świadectwo wydane dobrowolnie przez jednego z dotkniętych tem kalectwem:

„Zaświadczam najdobitniej niniejszem, że utrata prawego palucha nie tylko nie przeszkadza mi w chodzeniu, bieganiu lub skakaniu, ale nie zmniejszyła bynajmniej mej zdolności do pracy. Obecnie, zarówno jak przed wypadkiem, mogę wykonywać najcięższą pracę, zaś po upływie $2^1/_2$ lat po okaleczeniu się otrzymałem pierwszą nagrodę za skakanie przez drążek (Stabhochspingen), — i w ogóle uchodzę za bardzo dobrego gimnastyka“.

Monatsschrifft f. Unfalheilkunde 1900 № 8.

Fr. Grodecki.

F. Kissinger. **Dwa przypadki ciężkiej histeryi u mężczyzn, wskutek urazu.** Autor opisuje 2 nader ciekawe przypadki histeryi urazowego pochodzenia, z których w pierwszym pod wpływem nieznacznego uderzenia u 50 letniego, dotąd zupełnie zdrowego i dziedzicznie nie obciążonego, osobnika rozwinęła się całkowite prawostronne znieczulenie, nie wyłączając błon śluzowych i ucha, oraz drżenie prawej kończyny górnej, przypominające stan spostrzegany przy paralysis agitans: zmniejszenie ruchów czynnych oraz niemożność zginania tułowia, ograniczenie pola widzenia, przyśpieszenie tętna, zwłaszcza przy najlżejszych wysiłkach cielesnych, osłabienie pamięci, nadmierne pocenie się i szczególne zachowanie się ciepłoty ciała, która w odbytnicy stale była o 0,3—0,5 a nawet o 1^0 niższa, niż pod pachami. W prawej kończynie dolnej zaburzenia były mniej wybitne i ograniczały się do nieznacznego zwrócenia jej nazewnątrz oraz powłóczenia przy chodzeniu i niemożności stania na niej.

W przypadku drugim, 25-letni z nieznacznemi zmianami w sercu, robotnik, dziedzicznie nie obarczony, pod wpływem silnego urazu elektrycznego dostał szczególnego rodzaju drgawek o następującym przebiegu: chory blednie, na twarzy maluje się przestrach; nagle występuje skurcz wszystkich mięśni, które nabierają twardości deski, źrenice równe, na światło oddziaływają leniwie; zupełnie nieprzytomny chory nie reaguje na żadne bodźce. Po ustąpieniu drgawek chory wkrótce wraca do przytomności. Napady takie powtarzały się z początku 4—5 a nawet więcej razy dziennie: trwały od 5 do 20 minut; dopiero po upływie 5 miesięcy stan chorego nieco się polepszył, drgawki wszakże nie ustąpiły do obecnej chwili; obok powyższych objawów badanie chorego

wykryło: zmniejszenie się czucia na całej lewej połowie ciała z wyjątkiem głowy i szyi; nieznaczne koncentryczne ograniczenie pola widzenia, wreszcie nieznaczną dermografię.

Monatssch. f. Unfallheilk. 1900 № 9.

Fr. Grodecki.

A. Keiler. **Przyczynek do urazowego pochodzenia mięsaków.** 40 letnia, dotąd zdrowa i dziedzicznie nie obarczona, kobieta wskutek poślizgnięcia się na ulicy stłukła sobie lewe podudzie; początkowe objawy były tak nieznaczne, że chora nie zwróciła na to żadnej uwagi i dopiero wówczas, gdy wystąpił ból, zastosowała jakieś wcieranie; po upływie 4 miesięcy do bólu przyłączyło się uczucie znużenia oraz ociężałość w nodze do tego stopnia, że chora nie mogła odbywać dłuższej drogi, nadto podudzie zgrubiało i zaczęło puchnąć, zwłaszcza przy chodzeniu i staniu. Badanie wykonane przy wstąpieniu chorej do szpitala wykazało wyraźne zgrubienie strzałki w górnej trzeciej części; rozpoznanie zaś brzmiało: sarcoma fibulae, co też przedsięwzięta operacya w zupełności stwierdziła.

W drugim przypadku, dotyczącym 28 letniej kobiety, mięsak rozwinął się w kilka tygodni po wyjęciu zęba z lewej szczęki dolnej. Ze względu na krótki czas, jaki w obydwóch przypadkach między urazem a powstaniem nowotworu upłynął, autor uważa, że związek przyczynowy nie ulega tu żadnej wątpliwości.

Monatsschr. f. Unfallheilk. 1900 № 9.

Fr. Grodecki.

Prof. Dr. Thiem i Dr. Baer. **Rzeżączkowe zapalenie stawów a uraz.** Przypadek Thiem'a dotyczy 24 letniego pantoflarza, który, mając chroniczną rzeżączkę, nadwyrężył przy pracy prawy staw nadgarstkowy; w jednej chwili powstał nadzwyczaj mocny ból do tego stopnia, że chory zmuszony był zaprzestać roboty, po czem ból nieco się zmniejszył, całkowicie atoli nie ustąpił. W nocy zjawił się znaczny obrzęk stawu; po upływie 4 tygodni schorzeniu uległ prawy staw łokciowy, wreszcie i lewy — również wskutek nadwyrężenia. Nakoniec w odstępach 1—2 tygodniowych cierpienie zajęło lewy staw barkowy, wreszcie obydwa stawy skokowe. Z uwagi, że chory dotąd nie chorował na gościec stawowy, autor uważa, że obecne cierpienie rozwinęło się na tle zakażenia rzeżączkowego.

Przypaeek Baer'a jest zupełnie analogiczny z tą jedynie różnicą, że tu chory cierpiał na ostrą rzeżączkę, schorzeniu zaś pod wpływem urazu uległ jeden tylko staw kolanowy.

Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1990 №№ 9, 11.

Fr. Grodecki.

Wolff. **Ostry gościec stawowy a uraz.** Zdrowa 25 letnia kobieta, która nigdy ani na gościec stawowy ani na upławy nie chorowała, upadłszy z drabiny, stłukła sobie prawe kolano; w nocy

nastąpiło w niem darcie, na drugi zaś dzień gorączka; po upływie 2 tygodni w szpitalu skonstatowano obrzmienie wszystkich większych stawów. Autor jest zdania, że w danym przypadku bezpośrednią przyczynę gośćca stanowiło właśnie owo spadnięcie z drabiny.

Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900 № 16.

Fr. Grodecki.

Haedke. **O pourazowym cukromoczu pokarmowym.** Autor, badając 25 chorych, z których większa część doznała urazu głowy lub ogólnego wstrząśnienia, w 15 przypadkach (16%) spostrzegał objawy cukromoczu pokarmowego, który występował bezpośrednio po urazie, znikał zaś po upływie tygodnia. Pod względem zapatrywania na występowanie tego objawu autor, zgodnie z H. Stauss'em, przyznaje urazowi wielkie znaczenie, o ile ten powoduje ciężkie uszkodzenie układu nerwowego. Nie da się również całkiem zaprzeczyć, że na następstwa urazu może mieć pewien wpływ alkoholizm chroniczny, zwłaszcza zaś działanie chloroformu podczas usypiania.

D. med. Wochenschr. 1900 № 31.

Fr. Grodecki.

Lenhoff. **O związku między urazem a cukromoczem.** Opisany przes autora przypadek dotyczy chorego który 13/XII 1899 uległ uciśmięciu lewego jądra; w nocy z 14 na 15 Grudnia zjawiły się ból brzucha i wymioty, a gdy te nie ustępowały, chorego 21 Grudnia przewieziono do szpitala w stanie spiączki. Badanie wykryło 3% cukru w moczu. Chory zmarł.

Nasuwa się dwa pytania: 1) czy uraz wywołał cukromocz? i 2) czy uraz pogorszył istniejące cierpienie? Jakkolwiek związek przyczynowy jest tu możliwy, atoli odpowiedzieć potakująco na pierwsze pytanie nie sposób, mocz bowiem nie był badany bezpośrednio po wypadku. Natomiast, przyjąwszy istnienie cukromoczu przed wypadkiem, zgodzić się musimy, że cierpienie wskutek urazu mogło się pogorszyć, doświadczenie bowiem poucza, że ciężkie wysiłki cielesne, wstrząśnienia, jakoteż podrażnienia przychiczne— powodują zwiększone wydzielanie cukru.

Aerztl. Sachverst. Ztg. 1900 № 20.

Fr. Grodecki.

Krauss. **Kilka uwag lekarskich o wpływie urazu na chore tętnice mózgowe.** Omówiwszy we wstępie bardzo dokładnie choroby naczyń krwionośnych, autor zastanawia się nad stroną prawną kwestyi; mianowicie, jakie powinien lekarz wydać orzeczenie wówczas, gdy uraz głowy spowoduje śmierć osobnika mającege schorzałe naczynia? Wiadomo dobrze, że w warunkach tych niekiedy bardzo nieznaczny uraz powoduje zgon, jak tego najlepiej dowodzi następujący przykład: pewien majtek, zdecydowany alkoholik, wskutek uderzenia w podbródek padł nieżywy, sekcya zaś wyka-

zała skrzep krwi w tylnej jamie czaszkowej oraz pęknięcie arteriae basilaris. Sąd przysięgłych uderzenie uznał za śmiertelne. Zdaniem autora wyrok brzmiałby odmiennie, gdyby zapomocą badania drobnowidowego wykazano powszechne zwyrodnienie naczyń krwionośnych i jak to miało miejsce w innym zupełnie analogicznym wypadku. W końcu autor, zastanawiając się nad pomięszaniem zmysłów urazowego pochodzenia, podkreśla znaczenie schorzeń naczyń krwionośnych, zwłaszcza na tle przymiotowem powstałych.

Buffalo med. Jour. Oct. 99. Podług refer. w Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1900 № 8.

Fr. Grodecki.

Erb. **Przyczynek do znajomości schorzeń urazowych rdzenia. Poliomyelitis anterior chronica traumatica.** Autor przytacza dwa zupełnie jednakowe, co do przebiegu i zejścia, przypadki wymienionego w nagłówku cierpienia, spowodowane przez wstrząśnienie rdzenia wskutek nieszczęśliwego wypadku. Początkowe zaburzenia były nieznaczne. Stopniowo atoli w przeciągu 2 lat rozwinęło się coraz to większe osłabienie oraz zanik mięśni wskutek chronicznego zwyrodnienia przednich rogów substancyi szarej. Jako punkt wyjścia choroby uznać należy zmiany delikatne w komórkach węzłowych, wskutek urazu, które stopniowo przeszły w zwyrodnienie postępowe pierwiastków nerwowych. Podług wszelkiego prawdopodobieństwa wstrząśnienie podziałało na te pierwiastki nerwowe, które w chwili nieszczęśliwego wypadku znajdowały się w stanie wysoce wzmożonej czynności. Możliwość taka nakazuje wielką ostrożność przy orzekaniu w przypadkach zaburzeń czysto czynnościowych (a nawet udawaniu!). W końcu przytacza Erb kilka dawniejszych spostrzeżeń własnych (dystrophia, syringomyelia), w których cięższe zaburzenia należało uzależnić od nieszczęśliwych wypadków, i które przyłączyć musimy do znanych przypadków Schultze'go, Israel'a, Thiem'a, Jolly'ego, Mann'a i innych.

D. Ztschr. f. Nerv-Hlk., 1900 XI.

Fr. Grodecki.

Hensegen. **Dwa przypadki uszkodzenia nerek wskutek nadmiernej pracy mięśniowej.** Autor opisuje 2 przypadki krwiomoczu powstałego wskutek nadmiernej pracy mięśniowej; pierwszy z nich dotyczy zdrowego silnego mężczyzny, który, przekładając chorą żonę z jednego łóżka na drugie, uczuł nagle ból w plecach, wkrótce zaś potem w moczu pokazała się krew. Pod wpływem spokoju i okładów lodowych krew po upływie 3 dni znikła, badanie zaś moczu w 3—4 tygodni po wypadku nie wykryło w nim żadnych zmian chorobowych. Wobec doskonałego stanu zdrowia, jakiem się chory zawsze cieszył, autor przypuszcza, że w danym wypadku przyczyną krwiomoczu było nieznaczne rozdarcie nerki.

Drugi przypadek dotyczy 17-letniego silnego chłopca, który, podnosząc znaczny ciężar, doznał w prawej okolicy lędźwiowej silnego bólu do tego stopnia, że musiał na razie zaprzestać pracy:

w moczu pokazała się krew, pomimo to następnych dni chory w dalszym ciągu oddawał się zwykłemu zajęciu i dopiero piątego dnia wstąpił do szpitala. Badanie wykryło bolesność w okolicy prawej nerki, znaczną ilość krwi w moczu, nieznaczny ból przy wypróżnieniach. Pomimo spokój i okłady lodowe krwiomocz ustąpił dopiero po tygodniu, ponowił się jednak przy opuszczeniu łóżka. W następstwie wystąpił białkomocz, tak że chory zmuszony był udać się na kuracyę do Wildungen.

Monatsschrift f. Unfallheilk. 1900 № 10.

Fr. Grodecki.

Wpływ spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek stępienia słuchu na zdolność zarobkową poszkodowanego. Niemiecki zarząd państwowy od ubezpieczeń wypowiedział w tym względzie następujące zdanie:

Przy orzekaniu pojedyńczych wypadków należy mieć przedewszystkiem na uwadze — nie to, czy zawód okaleczonego wymaga dobrege słuchu, lecz to, w jakim stopniu cierpienie w ogólności wpływa na zdolność zarobkową robotnika. Jakkolwiek bowiem nie ulega wątpliwości, że w licznych gałęziach przemysłu wcale nie zależy na dobrym słuchu, przyznać jednak wypada, że równie często dobry słuch jest wprost niezbędny. Należą tu w pierwszym rzędzie te zawody, w których wzrok i słuch we właściwym czasie mogą ostrzedz pracującego jakoteż otoczenie o grożącem niebezpieczeństwie; dalej zaliczyć tu wypada i te rodzaje pracy, w których jedynie przez słuch można rozpoznać zagrażające niebezpieczeństwo. Oczywiście, we wszystkich tych przypadkach robotnik o stępionym słuchu może bądź wcale dla siebie nie znaleźć zajęcia, bądź też tylko bardzo ograniczone; nie ulega przeto wątpliwości, że wskutek omawiancgo kalectwa zakres pracy danego robotnika ulega znacznej redukcyi. Okoliczność, czy stępienie słuchu jest dwustronne, czy też tylko jednostronne, ale za to daleko wybitniejsze, nie stanowi wielkiej różnicy. Co się tyczy wysokości odszkodowania, jakie w odpowiednich wypadkach przyznać należy, to z uwagi, że ograniczenie terenu pracy bynajmniej nie jest zbyt wielkie, liczne bowiem zawody dla dotkniętych tem kalectwem stoją otworem, renta nie powinna by przekraczać 10%.

Amtl. Nachr. d. R. V. A. 1900 № 7.

Fr. Grodecki.

Mally. **Oparzenie elektryczne.** Obraz chorobowy oparzeń elektrycznych znacznie się różni tak pod względem przebiegu, jak i występujących przy nim objawów—od oparzeń zwykłych. Zwykłe siedlisko oparzeń elektrycznych stanowią ręce, właściwie zaś palce dotykające się do metalowych przewodników; miejsca oparzone są ściśle ograniczone; głębokość oparzenia zależy od trwania zetknięcia się z przewodnikami; niekiedy sprawa dochodzi do zwęglenia mięśni, a nawet kości; opalona część przy dotyku robi wrażenie uschłego pergaminu, barwę posiada brunatną lub czarniawą, ropie-

nia brak zupełny; rany przez cały czas zostają suche i goją się pod strupem. Oparzenia elektryczne są zupełnie niebolesne tak w chwili powstawia (chory wówczas traci nieraz przytomność), jak i w dalszym swym przebiegu. Jeżeli w chwili dotknięcia przewodników nie nastąpi śmierć, co ze względu na znaczne napięcie prądu zdarza się nieraz, chory powoli wraca do przytomności, aczkolwiek przez dłuższy czas pozostaje w stanie pewnego odurzenia. Przy oparzeniu np. ręki rozwija się pareza mięśni ramienia i przedramienia, jakkolwiek badanie nie wykrywa żadnych zmian czuciomych, ani w pobudliwości elektrycznej.

Revue de chirurgie. 1900 № 3.

Fr. Grodecki.

C. Kaufmann. **Śmiertelność wskutek uszkodzenia kończyn, podług niemieckiej statystyki nieszczęśliwych wypadków za rok 1897.** Z porównania pomienionej statystyki z danemi z roku 1887, na których nie mógł się jeszcze odbić wpływ państwowego ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, wynika że:

na 100 przypadków skaleczenia rąk w roku 1887 było śmierci 1,96 zaś w roku 1897 tylko 0,69

na 100 przypadków skaleczenia nóg w roku 1887 było śmierci 4,63 zaś w roku 1897 tylko 2,12

Owo tak znaczne zmniejszenie się śmiertelności, zdaniem autora, zawdzięczyć należy li tylko tej okoliczności, że dzięki ubezpieczeniom powstały umiejętne i tak owocne zabiegi lecznicze.

Ubezpieczenie państwowe stanowi przeto nietylko olbrzymi postęp społeczny, ale przyczynia się w znacznej mierze do rozszerzenia dobroczynnej pracy lekarzy w stosunku do ubezpieczonych.

Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzt. 1900 № 17.

Fr. Grodecki.

Prof. Otto Binswanger. **O pielęgnowaniu epileptyków.** Pielęgnowanie epileptyków stanowi nie lekkie zadanie, tak dla lekarza, jak i dla otoczenia, opierać się bowiem winno na jaknajdokładniejszej znajomości wszystkich tych czynników, czy to cielesnych, czy duchowych, które w jakibądź sposób wpływają ujemnie na istniejące cierpienie. Oczywiście, usunięcie tych czynników stanowić powinno najpierwsze zadanie lekarza.

Jedną z najzgubniejszych oraz najbardziej trudnych do usunięcia szkodliwości jest nadmierna praca umysłowa, zwłaszcza w wieku szkolnym. Tu lekarz napotyka nieraz nieprzezwyciężoną zaporę, zwłaszcza ze strony rodziców, którzy wprost nie mogą się pogodzić z myślą co do zmiany karyery dzieci. Gorliwości naszej w tych razach nie powinniśmy jednak posuwać zbyt daleko; jeżeli napady nie występują zbyt często, w przestankach zaś między nimi chory nie doznaje żadnych zaburzeń, jak bezsenność, ból lub nacisk na głowę, uczucie znużenia, możemy pozwolić na 2—3-godzinną pracę umysłową,

z warunkiem atoli, by praca ta była rozdzielona na cały dzień i naraz nie trwała dłużej nad $1/2$ godziny. W przerwach między nauką chory, o ile nie jest znużony, może wykonywać jakąś pracę fizyczną.

Gdy epilepsya występuje w okresie dojrzewania płciowego, t. j. między 16 a 20 rokiem życia, obowiązany jest lekarz wyjaśnić tak rodzicom, jak i samemu choremu, że aspiracye jego co do przyszłości powinny być znacznie ograniczone. Nie idzie za tem, byśmy koniecznie domagać się mieli zmiany rodzaju zajęcia, np. pracy umysłowej na fizyczną; ewentualność ta wskazana, jest jedynie w tych wypadkach, gdy mamy do czynienia z umysłem bądź z natury, bądź wskutek przebytych napadów, upośledzonym, lub gdy napięcie samej choroby, zwłaszcza zaś w początkowym okresie, jest znaczne. O ile się jednak przekonamy, że choroba ma p r z e b i e g l e k k i, same zaś napady nie wywierają szkodliwego upływu na zdolność do pracy umysłowej, wówczas niema żadnej zasady doradzać innego kierunku wykształcenia. Co się tyczy wyboru zawodu, to zalecana zwykle praca rolna lub ogrodnicza odpowiednia jest dla lekkich tylko chorych, którym na to pozwalają ich siły fizyczne; natomiast organizmy słabe lepiej uczynią wybierając sobie pracę wymagającą mniejszych wysiłków cielesnych.

Najwięciej troski przysparzają nam chorzy ubodzy i niewykształceni; tych najlepiej byłoby umieścić bądź w specyalnych przytułkach, bądź też w zakładach dla chorych nerwowych lub umysłowych, od których atoli powinni być całkiem odosobnieni. [1])

Co się tyczy młodzieży zamożnej, to — ponieważ doświadczenie poucza, że racyonalne wychowanie w domu rodzicielskim jest najczęściej wprost niemożliwe, uczęszczanie zaś do szkól publicznych ujemnie wpływa na stan zdrowia chorych, wobec tego powinna by się ona znaleźć w specyalnie dla epileptyków urządzonych zakładach wychowawczych, zostających pod kierunkiem lekarza; zakłady takie najlepiej byłoby budować w pobliżu uzdrowisk dla chorych nerwowych, w miejscowościach górzystych i lesistych; w ten sposób by stanowiła jedną z nimi całość.

W świeżych przypadkach epilepsyi niekiedy doskonałe usługi oddaje dłużej trwający spokój, który w dwóch przypadkach sprowadzić miał zupełnie wyleczenie (Spohnholz, i Tambroni). Zgoła inaczej rzecz się ma z podróżami w celu rozrywki; doświadczenie poucza, że wpływają one na cierpienie ujemnie, stanowczo więc odradzać ich będziemy.

---

[1]) Korzystając ze sposobności, pozwolę sobie zauważyć, że i w waszym kraju wielki już czas pomyśleć o otoczeniu siaką taką opieką nieszczęśliwych epileptyków. Mamy już Towarzystwo opieki nad chorymi umysłowymi: miejmy przeto nadzieję, że z Towarzystwa tego wyłoni się specyalna sekcya opieki nad epileptykami, których wcześniej lub później oczekuje sromotny los niedołęstwa umysłowego i cielesnego. Obyż stało się to jaknajprędzej! (Przyp. sprawozdawcy.)

Co się tyczy dyety, takową należy ściśle indywidualizować zależnie od odżywiania chorego, które w każdym pojedyńczym wypadku jaknajdokładniej zbadać i odpowiednio uregulować winniśmy. Zbytecznem byłoby dowodzić, że epileptycy stanowczo unikać winni przeładowywania przewodu pokarmowego, takie zaś używki jak wyskok, tytoń, kawa raz na zawsze powinny być wykreślone z jadłospisu chorych na padaczkę. Zgodnie z Jackson'em i Merson'em za najwłaściwsze pożywienie dla epileptyków uważam pokarmy roślinne z dodatkiem 10 kropel oleju fosforowego (dziennie.) Wyłączna dyeta mięsna sprowadza nasilenie się napadów. Zdaniem Berger'a kwestya pożywienia bynajmniej nie jest tak prosta; autor ten, stosując konsekwentnie dyetę mleczno-roślinną, obok wypadków nie dającego się zaprzeczyc polepszenia, spostrzegał równoległę wypadki wyraźnego pogorszenia się stanu duchowego chorych. Bądź co bądź, zdaniem Binswanger'a, pokarmy roślinne stanowczo powinny przeważać nad mięsnymi, które do minimum zredukować wypada; w każdym razie mięso powinni jadać epileptycy nie więcej jak raz na dzień. Dla przykładu przytaczam najbardziej odpowiadający wymaganiom dyetytyki jadłospis.

I śniadanie: kakao owsiane lub kawa słodowa z mlekiem; zwykłe kakao, grysik pszenny,

II śniadanie: chleb Graham'a obficie masłem nasmarowany ze świeżym serem, lub jaje na miękko; albo mleko z wyciągiem słodowym. Osobnikom źle odżywianym dajemy obok tego sucharki odżywcze lub troponowe.

Obiad: talerz zupy, pieczone mięso lub ryba, jarzyna (obficie), kartofle w niewielkiej ilości, kompot.

Podwieczorek: mleko lub kefir, albo kakao z sucharkami.

Za napój autor poleca sok cytrynowy lub jabłecznik z naturalną wodą selcerską lub bilińską.

Obok wyżej przytoczonych czynników niesłychanie ważną rolę w leczeniu epileptyków odgrywa wpływ psychiczny lekarza. Zdaniem Moreau'a jedynie oddziaływaniu psychicznemu, obok umiejętnego pielęgnowania, zawdzięczać należy pewne polepszenie w stanie chorego, którego przekonać należy, że bądź co bądź można mu jeszcze dopomódz; oczywiście, obietnice nasze nie powinny być przesadne. Już nieznaczne nawet polepszenie, czy to przez osłabienie samych napadów, czy przez usunięcie owego przygnębiającego stanu między napadami, podnosi duch chorego i zniewala go do tem skwapliwszego przestrzegania zaleconych wskazówek. Zwłaszcza chorzy pochodzący z niższych warstw społecznych odczuwają to wielkie dobrodziejstwo, jakiego doznają w zakładzie, spotykając tam i ludzkie obejście i błogi, wolny od trosk codziennych spokój; to też u takich właśnie chorych poprawa jest najwybitniejsza. Gorzej rzeczy stoją z chorymi o daleko posuniętych zmianach psychicznych, mogą bowiem wywierać ujemny wpływ na swych zdrowszych towarzyszy niedoli, oczy-

wiście, jest to niepożądane; uniknąć tego można i należy przez umiejętne rozsegregowanie chorych.

Zeitschr. f. Krankenpflege 1900 № 9.

Fr. Grodecki.

Kindler. **Leczenie owrzodzeń atonicznych za pomocą gorących natrysków.** Przy leczeniu owrzodzeń atonicznych na odziale prof. Goldscheider'a w szpitalu Moabit stosowane są gorące natryski w następujących postaciach tego cierpienia: 1) wrzód drążący tabetyków, 2) chroniczne owrzodzenia podudzi, 3) owrzodzenia przymiotowe w trzecim okresie choroby, o ile leczenie zapomocą wcierań jest bezskutecze lub nie da się zastosować i 4) szankier fagadeniczny. We wszystkich przypadkach wrzodu dziurawiącego tabetyków gorące irrygacye w ciągu kilku tygodni doprowadziły do zupełnego wyleczenia; goją się również owrzodzenia na palcach przy syringomyelii, jakoteż większość przypadków wyżej wymienionych schorzeń. Kindler zwraca uwagę, że wpływ leczniczy natrysków zależy nie od samej tylko gorącej wody, ale i od mechanicznego działania możliwie grubego i silnego strumienia, który na słabe tkanki działa bądź wprost jako tonizujący bodziec, bądź też wskutek podrażnienia zakończeń nerwów czuciowych sprowadza na drodze odruchowej podrażnienie nerwów troficznych; ostatni moment posiada szczególne znaczenie przy wiądzie. Woda gorąca sama przez się, w postaci kąpieli użyta, nie doprowadza do tak prędkiego uleczenia.

Urządzenie w mowie będących natrysków jest bardzo proste; oto ze zwykłego irrygatora wylewa się na owrzodzenia, z wysokości dwóch metrów, koło 2 litrów gorącej wody, przy czem kankę należy zdjąć, w ten bowiem sposób otrzymamy grubszy strumień. Zabieg powyższy wykonać należy 1—3 razy dziennie.

Fortschritte der Medicin 1900 № 3.

Fr. Grodecki.

W. Winternitz. **Zwalczanie gruźlicy jako choroby ludowej.** (Wpływ wodolecznictwa na zapobieganie i leczenie chorób płuc). Autor za puntkt ciężkości wzwalczaniu gruźlicy płuc uważa nie tępienie laseczników gruźlicy, ani też nie prowadzące do celu usiłowania zdążające do zapobiegania wtargnięciu laseczników do ustroju, lecz zahartowanie samego ustroju, jako też zwiększenie jego odporności. W tym celu prawie od 30 lat w blisko 400 najrozmaitszych przypadkach posługuje się najdzielniejszym lekiem tonicznym, za jaki uważa wodę, stosując ją w najrozmaitszy sposób. Radzi przeto dla zapobiegania gruźlicy wszelkie lokale przeznaczone dla robotników zaopatrzyć w urządzenia umożliwiające stosowanie zimnych obmywań, oblewań i natrysków; dla chorych na nieżyty oskrzelowe urządzać specyalne uzdowiska zaopatrzone w przyrządy umożliwiające stosowanie zabiegów wodoleczniczych o ciepłocie zmiennej, kąpieli musujących i t. d.; głosuje w dalszym ciągu za proponowanymi przez Unterberger'a uzdrowiskami domowemi, w których

równiez powinny istnieć przyrządy do zimnych oraz musujących natrysków, które zresztą uważa za odpowiednie i dla uzdrowisk specyalnych. Powyżej naszkicowany sposób leczenia dał W. bardzo dobre wyniki, albowiem w 80% chronicznych przebiegających bez gorączki jako też w 32% suchot galopujących osiągnął wstrzymanie się sprawy chorobowej, zaś w przypadkach nieuleczalnych subjektywną ulgę.

Fr. Grodecki.

KRONIKA.

Wspomnienia pośmiertne.

B. p. Maksymilian Berenstein

zmarł w Petersburgu 5 Stycznia roku 1900-go. Urodzony w r. 1866-ym, ukończył studya uniwersyteckie w r. 1890-ym w Jurjewie (Dorpacie), poczem przez 4 lata pracował w Królewieckiem laboratoryum fizyologicznem i w Berlińskiej klinice ocznej. W r. 1894 pełnił obowiązki lekarza na okręcie przewożącym emigrantów, a od r. 1895-go zamieszkał w Łodzi, poświęciwszy się leczeniu chorób ocznych. W początku r. 1900-go wyjechał na studya do kliniki uniwersyteckiej w Heidelbergu, zkąd pod koniec tegoż roku przybył do Petersburga, uległszy tam — po parutygodniowej chorobie—złośliwej influenzy.

Zmarły ogłosił następujące prace naukowe:

1) Neue Versuche zur Bestimmung der Residualluft beim lebenden Menschen. Arch. f. ges. Physiol. Tom 52.

2) Ein Beitrag zur experimentellen Physiologie des Dündarms. Arch. f. d. ges. Phys. Tom 53.

3) K leczenju follikularnawo wospalenja sojedinitielnoj obołoczki. Med. Obozr. 1892.

4) Ein Fall von Conjunctivit. blenorhoica neonatorum compliciert mit multipler Arthritis. Centr. f. prakt. Augenhlknd. 1897.

5) O koloniach letnich dla ubogich dzieci w Łodzi. Czasop. Lek. 1899.

6) Przyczynek do sprawy rozpowszechnienia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi. Czas. Lek. 1900.

7) Ueber einen Fall von glaukomatöser Entzündung nach Cataractextaction mit Druckwirkung auf die Stäbchenschicht der Netzhaut. Graefe's Archiv für Ophtalmol. Tom 51.

Prócz tego: liczne demonstracye w Tow. Lek. łódzkiem.

Na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzk. w d. 16. I. 1901 pamięci M. Berensteina poświęcił następujących słów kilka kol. B. Margulies:

„W zmarłym koledze straciliśmy towarzysza, którego żywot tętniący prawością przekonań, szlachetnością dążeń, altruizmem uczynków, wiele obiecywał jeszcze pożytecznych czynów o szerszym pokroju społecznej wartości. Z treściwej księgi życia Berensteina zdołałem poznać zaledwie kilka ostatnich rozdziałów, ale i z nich łatwo odmalować oblicze człowieka o jasnym umyśle i podniosłym sposobie myślenia. Uchwycę tylko parę znamiennych rysów Berensteina.

Wychowany w otoczeniu względnie obcem tutejszemu środowisku, po przybyciu do Łodzi, zrozumiał Berenstein, że nie podobna pełnić służby nawet tak kosmopolitycznej, jak lekarska, z należytym pożytkiem, nie znając i nie rozumiejąc specyalnych warunków społecznych, nie zespoliwszy się z tymi, wśród których pracować mu wypadło.

Jako lekarz praktyczny, nie zasklepiał się jedynie w zarobkowych czynnościach; pilnie szedł naprzód jako wykształcony specyalista.

Żywy brał udział w opiece lekarskiej miejscowych instytucyi dobroczynnych.

Spostrzeżeniami z praktyki dzielił się z kolegami w naszem towarzystwie,. a włożywszy masę zabiegów i pracy w badanie wzroku klasy roboczej, przysporzył polskiej literaturze lekarskiej cenny przyczynek do spraw hygieny zawodowej.

Z tych powodów pamięć kolegi Berensteina, sądzę, należałoby uczcić w naszem towarzystwie przez utworzenie nagrody za pracę oryginalną z dziedziny hygieny zawodowej, opartą na samoistnych badaniach warunków pracy miejscowej klasy roboczej“

Ś. p. Karol Tymiński.

W dniu 5/II zmarł, w rodzinnem swem mieście Łomży, D-r Karol Tymiński, przyżywszy lat 27. Gimnazyum ukończył w Łomży, wydział zaś lekarski przed paru miesiącami w Kijowie. Zaledwie 5 tygodni jako lekarz wolnopraktykujący pracował w Ciechanowcu, Grodzieńskiej gub., i tego krótkiego czasu wystarczyło, by padl ofiarą tyfusu plamistego — tej częstej przyczyny śmierci lekarzy zamieszkałych na prowincyi.

Przedwczesna śmierć przerwała złotą nić marzeń młodego lekarza, który z zamiłowaniem zaczął się oddawać zawodowej pracy, a jest bolesnym ciosem dla rodziców, którzy w zmarłym swym synu utracili spodziewaną podporę w starości.

A. Jar.

Ś. p. Dr. Józef Śmigielski

zmarł 10 Lutego b. r. w Kielcach od tyfusu plamistego. Urodzony w 1859 roku w Bodzentynie, nauki gimnazyalne pobierał w Kielcach. Po skończeniu uniwersytetu w r. 1884 wyjechał zagranicę dla zwiedzenia klinik, a między innymi słuchał wykładów i prof. Gałęzanowskiego w Paryżu. Po powrocie do kraju osiadł w Kielcach, gdzie praktykował do śmierci, która go tak wcześnie, bo w 43 roku życia, zabrała.

Zaraziwszy się od chorych tyfusem wysypkowym, zmarł na 10 dzień choroby. Wątpliwą jest rzeczą, czy zdążył zabezpieczyć byt pozostałej żony i syna! „Był to lekarz dobry,—kolega bez zarzutu“.. jak nam pisze kol. L., to też tem większa szkoda z ubytku takiego pracownika.

Niech mu ziemia lekką będzie.

J. K.

— Redakcya „Postępu okulistycznego“ rozszerza zakres swego zadania przez wprowadzenie nowego działu: chorób nosa. Stałymi współpracownikami „Postępu“ w tym zakresie będą: prof. Pieniążek z Krakowa oraz dr. Sędziak z Warszawy. W odezwie do czytelników radakcya skarży się na obojętność i prosi o poparcie zarówno okulistów, jak i wszystkich lekarzy, „którzy ogarniają wszelkie specyalności nauki lekarskiej“. My dodamy od siebie, iż smutny by to był objaw, gdyby to pismo specyalne miało upaść.

— W zeszycie I-ym „Zdrowia“ z r. b. (str. 15) Redakcja tego miesięcznika zwraca uwagę na artykuł kol. Fr. Grodeckiego „Jak się prowadzi walkę z chorobami nagminnemi na prowincyi“, drukowany w № 12 „Czasopisma lekarskiego“. Zdaniem Redakcyi „Zdrowia“: „Wszystkie pisma nielekarskie powinny by krótki ten artykuł przedrukować lub obszernie streścić, aby poruszyć w tym kierunku sfery miarodajne“.

Z powodów od nas niezależnych artykuł kol. Grodeckiego drukowany był z pewnemi skróceniami. Jeśli zaś i w tej formie zyskał uznanie pisma specyalnie hygienie poświęconego— bardzo to dla autora zaszczytnie.

Co się jednak tyczy przedrukowania tego artykułu przez pisma

nie lekarskie, to, jak dotąd, nikt tej rady nie usłuchał.

— Utworzono w Łodzi komitet do opracowania planu kanalizacyi miasta.

Na posiedzeniu tego komitetu w dniu 12 Lutego r. b. był obecny p. Lindley jr.

Według zdania p. Lindleya dziś nieda się nic stanowczego określić: czy Warta lub Pilica, czy wreszcie studnie artezyjskie mają dostarczać wody; czy odpływy kanalizacyjne mają być skierowane na pola irygacyjne, czy ma być przyjęty inny system (z wyłączeniem skierowania odpływów do rzeki, przeciw czemu p. Lindley stanowczo się wyraził); o tem wszystkiem może być mowa tylko wtedy, kiedy będą zebrane dane z różnych badań wstępnych. Tak naprzykład, musi być przeprowadzona ścisła analiza ścieków, by mieć dane, czy te odpływy mogą służyć za nawóz, czy przeciwnie, mogą szkodzić roślinności.

W tym celu p. Lindley proponuje utworzenie bezzwłocznie biura technicznego, przy którem on miałby głos doradczy i którem mógłby kierować. Biuro takie z wiosną przeprowadziło by badania i ku jesieni miałoby wszystkie podstawy do opracowania zupełnego planu. Nie błąkano by się więc w przypuszczeniach, lecz stano by na gruncie realnym.

Komitet przychylił się do tego planu.

— Na posady 4 lekarzy przy budowie kolei kaliskiej zgłosiło się (jak donosi „Rozwój“ w № 35 z r. b.) 45 kandydatów. Do tych posad przywiązana jest pensya rub. 750 i rub. 250 na przejazdy. Posady te trwać będą przez czas budowy, od 1 Kwietnia r. 1901 do 1 Kwietnia 1903-go.

— W № 45 „Kurjera Warszawskiego“ wydrukowano felietonik p. t. „Przyczynek do etyki lekarskiej“, w którym opisane jest:

„zdarzenie, rozegrane przed kilkunastu dniami w miasteczku X. Bohaterem był lekarz, ofiarą kolega lekarza.

„Młody, lecz już ogólnie lubiony dr. T. poczuł w sobie, że jakaś ciężka choroba, której sam ani określić dokładnie, ani rozwoju przewidzieć nie mógł, zaczyna burzyć organizm jego. Skorzystał więc z chwilowego pobytu jednego z najwybitniejszych lekarzy warszawskich w miasteczku, aby „kolegę“ poprosić o radę. Lecz „powaga“ warszawska na razie odmówiła zupełnie przysługi, uzasadniając odmowę swoją tem, że pociąg odchodzi i śpieszyć się trzeba.

„Niebawem jednak lekarz znakomity przypomniał sobie widocznie pewien paragraf, już nie lekarskiej, lecz ogólno-ludzkiej etyki, nawrócił z drogi, zabawił kilkanaście sekund u chorego „kolegi“, zalecił jakiś środek banalny, dorzucił: „Stan tyfoidalny, życzę zdrowia!“ i odjechał galopem, bo... pociąg odchodził.

„Następnego dnia przewieziono dr. T. do miasta gubernialnego, gdzie pomimo nadludzkich wysiłków siedmu kolegów, którzy dzień i noc czuwali przy łożu pacjenta, spełniając najdrobniejsze, nawet felczerskie, usługi, życie młode zakończył“.

Następuje szereg złośliwych apostrof pod adresem warszawskiego kolegi. Poczem autor felietonu kończy:

„Nie naszą rzeczą rozstrzygać to pytanie, ale naszą jest rzeczą

przypomnieć tutaj „słynnemu lekarzowi“, że obowiązkiem jego było pośpieszyć chętnie bez ociągania się do łoża chorego kolegi, że, opierając się na powadze stanowiska swego, powinien był wezwać natychmiast poblizkich kolegów na konsultację, skoro sam czuwać nie mógł przy chorym, i przedsięwziąć wszystkie środki, zalecane przez naukę lekarską, w chwili, gdy energiczna interwencja mogła jeszcze zapobiedz katastrofie“.

„Nadmieniamy, że szczegóły sprawy czerpiemy z listu jednego z lekarzy, który z najwyższem oburzeniem piętnuje postępek warszawskiego kolegi“.

Jeśli bez felietonistycznej weny streścimy fakt, który li tylko z „Kurjera“ znamy, natenczas okaże się, że:

W miasteczku X bawił jeden z wybitniejszych kolegów warszawskich. Zawezwano go, śpieszącego na pociąg, do chorego kolegi T. Warszawski kolega chorego odwiedził, trafne rozpoznanie postawił i lek przepisał.[1])

Felietonista „Kurjera“ wytyka lekarzowi: pośpiech i niespełniony obowiązek: „powinien był wezwać kolegów na konsultacyę, skoro sam czuwać nie mógł przy chorym“.

Obadwa te zarzuty są, naszem zdaniem, niesprawiedliwe.

Niewątpliwie, każdy z nas ma obowiązek śpieszyć do chorego kolegi. Pod tym względem największe obowiązki ciążą na lekarzach wybitnych, już to dla tego, że przykładem winni świecić, już dla tego, że więcej od społeczeństwa biorąc, więcej też dawać winni.

Ale nie wolno zapominać, że taki lekarz z „najwybitniejszych“, śpiesząc do domu, śpieszy do całego szeregu zobowiązań zgóry przyjętych, których zaniechać może jedynie z powodów nadzwyczajnej wagi.

Tymczasem takich powodów tu nie było z chwilą, gdy chorego kolegę odwiedził, nad sprawą chorobową się zastanowił, bo rozpoznanie trafne wypowiedział (ile na to czasu potrzebował — to rzecz drugorzędna) i zdążył zapisać lek.

Pretensya: by czekał na naradę z innymi kolegami „skoro sam czuwać nie mógł przy chorym“ — jest, z punktu widzenia lekarskiego, najzupełniej niesłuszna.

Cały ustęp o początkowem wzdraganiu się odwiedzenia kolegi, o niechęci, z jaką to uczynił — stanowi już drugorzędny dodatek, a oceniany pod kątem widzenia otoczenia zmarłego — przybrał cechy przewinienia.

F a k t e m zostaje, że kolega warszawski chorego odwiedził i wszystko to uczynił, co w takim razie powinien był uczynić.

Nas dziwi natomiast ten list, z którego korzystał felietonista „Kuryera“. Gdyby tu rzeczywiście zdarzyło się było coś godnego potępienia, to jako sprawa między lekarzami — powinna być rozstrząsana na szpaltach pisma lekarskiego.

Jeśli ona z łamów takiego pisma przechodzi do pism politycznych, natenczas nosi na sobie cechy powagi. Tymczasem tak, jak

---

[1]) Nie trudno się domyśleć, że mowa tu o jednym z trzech kolegów, którzy zmarli w Lutym na tyfus plamisty. Uwagę o „banalności“ zapisanego leku chyba uważać można za nienadającą się do dyskusyi.

w tym razie się zdarzyło — wygląda na mały skandalik, a jedynym tego skutkiem praktycznym jest okrzyk ogółu: „macie naszych lekarzy...“

— W jednym z dzienników jakiś tajemniczy (jak zawsze) korespondent zaprasza do Łasku lekarzy, ponieważ jedyny lekarz tam praktykujący jest tak zajęty, że „nieraz czekać na niego trzeba po parę godzin“.

Pomijam kłamstwo faktyczne tej korespondencyi (w Łasku jest od dawna 2 lekarzy), bo do kłamliwości niepodpisanych korespondentów z prowincyi, szczególniej o ile sprawa tyczy lekarzy, od dawna się przyzwyczailiśmy.

O inną sprawę mi chodzi, o tę skargę, że na lekarza trzeba nieraz czekać po parę godzin.

Przypadkiem mam pod ręką w dwutygodniku „Rusk. Med. Wiestn.“ przedruk z „Petersb. Gazety“ artykułu p. t.: Lekarze i ogół:

„Czy lekarz ma prawo spać? Z punktu widzenia obowiązującego u nas prawodawstwa — on tego prawa nie ma, ponieważ jest obowiązany podawać pomoc o każdej porze dnia i nocy. Lekarz — to cóś w rodzaju westalki, która musi dzień i noc podsycać święte ognisko. Powiecie, że zdarzają się wypadki, kiedy szybka pomoc może uratować życie. Niewątpliwie[1])... Ale również często, o wiele częściej, zdarzają się wypadki, kiedy lekarza niepokoją z powodów najbłahszych.

Oto budzą w nocy lekarza parokrotnie „do pani która umiera“. Choroba tej pani na tem polegała, że udawała ataki histeryczne, by dogryźć mężowi. Ten ostatni z zimną krwią przyjmował wizyty lekarza i — honorarym nie płacił. Jedyną pociechą dla lekarza było, że, wychodząc, słyszał: „Mieciu, powiedz, że mię kochasz?“. Innego lekarza obudzili w nocy, wzywając do aktora, który się skarżył na ból w okolicy nerwu kulszowego. Na uwagę, że z powodu cierpienia trwającego już tygodnie, nie należało budzić lekarza w nocy, pacyent zagroził skargą do sądu.

Jeżeli lekarz jest odpowiedzialny za „niepodanie pomocy“, niech że będzie też odpowiedzialny obywatel, który bez powodu niepokoi lekarza. Jeśli się do kogokolwiek z was przyplącze w nocy furyat, rwący dzwonki i wymyślający — odeślecie go do cyrkułu. Ale jeżeli to było mieszkanie lekarza to co innego: jest to terytoryum nieprzyjacielskie; niszcz i depcz, stosownie do prawa wojennego.

Jeżeli istnieje kara za fałszywy alarm w pociągu, jeśli istnieje kara za fałszywe wezwanie straży ogniowej i t. p. należy jakąś karą ograniczyć fałszywe alarmy w mieszkaniu lekarza. Może wtedy ludzie staną się oględniejsi.

Przecież i lekarz ma prawo do odpoczynku, do snu. Jego sen też jest dla kogoś potrzebny, nie stanowi własności ogólnej.

---

[1]) Dla zaspokojenia tej specyalnej potrzeby — pomocy w nagłych zdarzeniach — istnieć wszędzie musi specyalna organizacya.

„Nie śpij, doktorze, bo za Ciebie spią już obywatele“.

W ideale — czynności lekarskie stanowią czyny ofiary i miłosierdzia. Ale my, publiczność, co chwila temu kapłaństwu pokazujemy kodeks karny. Dziwna profesya: w jednej chwili i kapłan i aresztant!“.

— Jak donosi „Zdrowie“ (1901 № 2) w Kaliszu rozpowszechniło się przewożenie zmarłych dzieci w dorożkach. Miejscowe władze powinnyby energicznie przeciwdziałać temu tak niehygienicznemu zwyczajowi.

— Z inicyatywy kolegi Wł. Biegańskiego zawiązuje się w Częstochowie towarzystwo lekarskie.

— W Warszawie przy ulicy Karmelickiej 6 powstała „Pracownia Sterylizacyjna“ kolegi Borzymowskiego. Przygotowuje opatrunki chirurgiczne i gineko-logiczne, sterylizowane w specyalnem opakowaniu, nagrodzonem wielkim medalem srebrnym na wystawie przyrodniczo—lekarskiej w Krakowie, 1900. r.

— W d. 3. lutego r. b. odbyło się w Krakowie I ogólne zgromadzenie nowo zawiązanego „Towarzystwa samopomocy lekarzy“, do którego zapisało się dotychczas 270 członków. Prezesem Towarzystwa wybrano prof. Jordana, wiceprezesami: prof. Trzebicky'ego i Dra Walczyńskiego z Tarnowa, sekretarzami: Dra Langiego i Weinsberga, skarbnikiem Dra Słapę. Do wydziału: doc. Brauna, Dra Kohna i Dra Schoenguta, do komisyi kontrolującej: Dra Damskiego z Jaworznia, Dra Idzińskiego z Żywca i Dra Scheittera; do sądu polubownego: prof. Bujwida, Dra Durę z Krzeszowa, Dra Filimowskiego, Dra Hirscha i Dra Mączkę.

Z początkiem bieżącego roku powstaje w Londynie wydawnictwo międzynarodowe „Katalogu bieżącej literatury naukowej“. Wydawnictwo to, wszczęte przez „Royal Society“ Londyńską, zorganizowane pod patronatem rządów wszystkich Panstw cywilizowanych, ma objąć Bibliografię prac naukowych wszystkich krajów i narodów.

Akademia Umiejętności w Krakowie, pragnąc, aby i polskie piśmiennictwo naukowe zostało objęte przez to wyjątkowej doniosłości przedsięwzięcie, zorganizowała, na Wydziale swoim Matematyczno-Przyrodnicznym, osobną „Komisyę Bibliograficzną“, której zadaniem będzie opracowywanie „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“, w zakresie i według zasad Katalogu Międzynarodowego.

By jednakże praca ta odpowiadała celowi i informowała świat uczony międzynarodowy o rzeczywistym rozwoju literatury naukowej polskiej, czynności Komisyi winnyby się spotkać z życzliwem współdziałaniem społeczeństwa, a przedewszystkiem z poparciem Autorów, Redaktorów i Wydawców.

Zadaniem „Katalogu Literatury Naukowej Polskiej“ będzie podawanie dokładnych szczegółów bibliograficznych o każdej pracy z zakresu nauk matematycznych i przyrodniczych, czy się ona pojawi w czasopiśmie, czy też jako dzieło osobno wydane. Komisya Bibliograficzna, pragnąc osiągnąć możliwą zupełność, zwraca się z usilną prośbą do wszystkich Autorów, Redaktorów i Wydawców, zarówno pism peryodycznych jak i dzieł osobnych, aby prace, ukazujące się w druku za ich staraniem, **zechcieli jej przesyłać,** pod adresem: **Akademia Umiejętności w Krakowie, Komisya Bibliograficzna.**

Przewodniczący Komisyi: **Władysław Natanson,** sekretarz: **Tadeusz Estreicher.**

Kraków, w styczniu 1901

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling

Доз. Ценз. г. Лодзь, 17 Февраля 1901 г. Druk A. Karskiego, Nowy Rynek 11.